# Przegląd Dentystyczny

WARSZAWA
ROK XVI
Luty
1936
Nr. 2 (158)

ROK XVI LUTY 1936 R. Nr. 2 (158)

# Przegląd Dentystyczny

Miesięcznik

PISMO POŚWIĘCONE WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGJI — ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO — ORGAN ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY DENTYSTÓW ZIEMI RADOMSKIEJ



## TREŚĆ NUMERU:



**WARUNKI PRENUMERATY:**

**Rocznie zł. 20, półrocznie zł. 10 — P. K. O. 11.288.**

Z Kliniki Protetycznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie,
Kierownik zast. prof. dr. med. Witold Cybulski.

*Lek.-dent. JANINA GALASIŃSKA - LANDSBERGEROWA*
st. asyst. kliniki.

# Podłoże wskazaniem do szkieletowania protez

Referat wygłoszony na VII Zjeździe Stomatolog. w Warszawie 1—3 listopada 1935 r.

Przez podłoże częściowej ruchomej protezy należy rozumieć: wyrostki zębodołowe, podniebienie (z uwzględnieniem warstw kostnych i podściółkowych), oraz zachowane części uzębienia.

Wpływ płyty na podłoże jamy ustnej był w ciągu ostatnich 10 lat niejednokrotnie przedmiotem dociekań.

Szereg autorów, jak Greve, Gross, Ziebe, Mentz, starał się zbadać i opisać zmiany anatomopatologiczne, zachodzące w poszczególnych składnikach podłoża pod wpływem płyty.

Proteza dawnego typu przylega szczelnie do brzegów przydziąsłowych zachowanych filarów, pokrywa znaczne przestrzenie części bezzębnych podłoża.

Wskutek tarcia, wywołanego ruchami płyty, albo jej osiadaniem, przychodzi do uszkodzenia części przyszyjkowych w drodze urazu.

Uszkodzenia te dotyczą zarówno zębów, jak i brzeżnej ozębnej.

Niepomyślne warunki hygjeniczne w obrębie części przyszyjkowych sprzyjają rozwojowi próchnicy, powstawaniu ubytków przydziąsłowych, szerzeniu spraw paradontalnych.

W miejscu podrażnienia brzegiem protezy występuje zaczerwienienie dziąseł i brodawek zębowych ze skłonnością do krwawień.

Zmiany histopatologiczne wyrażają się naciekiem limfocytów, zwiększeniem naczyń włosowatych, bujaniem wgłąb nabłonka (rys. 1, 2 a, 2 b).

Zmiany brzeżne dziąsłowe sięgają wgłąb, kieszonka dziąsłowa pogłębia się, dno jej przesuwa się w kierunku wierzchołka.

W przypadkach uciążliwszych przychodzi do zaniku kości brzegu zębodołu.

Zmiany w błonie śluzowej pod wpływem płyty protezy koncentrują się głównie w nabłonku. Reaguje on zgrubieniem, zrogowaceniem.

Ogólnym wyrazem działania płyty na podłoże kostne jest zanik kości.

Miejsce zanikłej tkanki kostnej zajmuje tkanka łączna zbita, lub przepleciona pokładami tkanki tłuszczowej.




Rys. 1




Rys. 2 a — 2 b.
Zmiany histopatologiczne w obrębie okolicy przyszyjkowej dziąsła wynikłe z powodu urazu brzegiem protezy. Widoczny naciek limfocytów, zwiększenie naczyń włosowatych, bujanie wgłąb nabłonka.

Klinicznie przedstawia się to jako odcinki podatne, ruchome, przesuwalne, — np. przesuwalność i ruchomość zmienionych guzów szczękowych górnej szczęki.

Nierzadko sama budowa płyty sprowadza tak silny zanik podłoża kostnego, że przychodzi do samoistnych perforacyj. Tak naprzykład przy długotrwałem działaniu ssawki na podniebienie występuje perforacja kości aż do jamy nosowej i odgraniczenie obu jam tylko cienką warstwą błony śluzowej.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że proteza dawnego typu, poza wyżej wymienionemi uszkodzeniami, wywołuje niedomagania czucia dotyku, temperatury, mowy — staną się jasne wytyczne, wedle których idzie zasada szkieletowania protez.

Cel szkieletowania łączy względy natury hygjeniczno-profilaktycznej i funkcjonalnej.



Rys. 3.

Proteza szkieletowana minimalnie. Brzegi przydziąsłowe protezy odsunięte od części przyszyjkowych zębów. — Proteza wykonana ze stali W i p l a



Rys. 4.

Ta sama proteza szkieletowa poza modelem.

Skrócenie protezy do „szkieletu", dostatecznie wytrzymałego na obciążenia przez celowy dobór materjału, musi być uzależnione od warunków podłoża. Zakres tych warunków obejmuje dane budowy, czynności i wzajemnego ustosunkowania poszczególnych składników podłoża, oraz ich najbliższego sąsiedztwa. Ruchoma częściowo proteza przenosi siłę żucia na kość zarówno drogą zachowanych zębów, jak i części bezzębnych podłoża.

Momenty decydujące o charakterze protezy: czy stała, czy ruchoma, posiadają również ważną rolę w rozplanowaniu protezy ruchomej. Takim pierwszorzędnym czynnikiem w planie szkieletowania jest ilość, rozmieszczenie i stan pozostałych zębów. Te trzy czynniki łączą się ze sobą nierozerwalnie, określają rozpiętość i zarys płyty, granicę możliwości jej zmniejszenia.

Zależnie od ilości i rozmieszczenia filarów, szkieletowanie płyty może się zawierać w mniejszych lub większych granicach.

Dla ochrony miejsc przydziąsłowych i brzeżnej ozębnej płyta może być odsunięta od zębów o 4—5 mm., a pozatem zachować swój dawny charakter płytkowy; będzie to szkieletowanie w mniejszych granicach. Może też tracić jeszcze bardziej kontakt z filarami i odbie-




Rys. 5.
Proteza szkieletowana maximalnie z użyciem łuku podniebiennego. — Wykonana ze stali Wipla.

gać zupełnie od szablonu płytkowego, jak to widzimy na załączonych rysunkach: 3, 4 i 5.

W związku z ilością i rozmieszczeniem zachowanego uzębienia powstały próby klasyfikacji braków, próby, które najpomyślniej rozwiązał Kennedy.

Jego klasyfikacja dzieli braki na cztery zasadnicze grupy—klasy.

I klasa: przód zachowany, braki boczne obustronne,
II klasa: przód zachowany, braki boczne jednostronne,
III klasa: przód zachowany, filary tylne również, brak bocznych jedno- lub obustronnie,
IV klasa: tył zachowany, braki przednie (rys. 6, 7, 8, 9).

Klasyfikacja Kennedy'ego ułatwia porozumienie, ale rola jej jest raczej teoretyczna i planowanie szkieletowania nie może ograniczać

się do szablonu, zależnie od przynależności braków do tej lub innej klasy.

Wiek, czynnik konstytucjonalny powinny być uwzględniane w równej mierze, jak warunki lokalne.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że wraz ze zmniejszeniem powierzchni płyty zmniejsza się jej umocowanie drogą przylegania, sta-



Rys. 6 — 7.
Kennedy klasa I i II (wedł. Kennedy'ego).



Rys. 8 — 9.
Kennedy klasa III i IV (wedł. Kennedy'ego).

nie się jasnem zwiększenie umocowania płyty drogą oparcia na zachowanych filarach. Wypływa stąd zależność umocowania od zachowanych zębów. Skoro filary ze względu na ilość, rozmieszczenie i stan nie są dostatecznie silne, albo nie dadzą się odnośnemi protetycznemi sposobami wzmocnić, szkieletowana płyta musi zachować swoją zwiększoną powierzchnię, aby uzębienie zachowane uchronić przed szkodliwem obciążeniem. Przychodzą tu z pomocą metody wzmocnienia podłużnego, poprzecznego i okrężnego, zależnie od potrzeby przypadku.

Zastosowanie specjalnych umocowań, klamer sprężystych, elastycznych, może zmniejszyć szkodliwość zwiększonego działania na utrzymujące filary, ale nie jest w stanie znieść go zupełnie. Powierzchnia płyty nie powinna być zmniejszona kosztem obarczenia nadmier-

nego utrzymujących filarów. Racjonalizacja płyty musi iść w kierunku równomiernego obciążenia zarówno uzębienia, jak i bezzębnych części podłoża. Stan bezzębnych części jest dla planu szkieletowana równie ważny. Musimy tu zwrócić uwagę na podłoże kostne oraz na spoistość podściółki miękkiej; warunki dla szczęki górnej i dolnej są przytem, ze względu różnic topograficznych, odmienne. W szczęce dolnej ucisk



Rys. 10.
Dolna proteza szkieletowa z użyciem łuku - kabłąka, łączącego siodła. Wykonana ze stali W i p l a.

siły żucia jest przenoszony poza zębami na wyrostki zębodołowe, w szczęce górnej podniebienie stanowi również teren działania i kompensowania ucisku. Stąd w szczęce dolnej o postaci i racjonalizacji płyty decyduje o wiele znaczniej, niż w szczęce górnej, sam wyrostek zębodołowy. Jest tu rzeczą pierwszorzędnej wagi jego wypukłość wy-



Rys. 11.
Dolna proteza szkieletowa, typ jak na rys. 10.

sokość i szerokość. Ostre brzegi wyrostka wymagają zabiegu chirurgicznego. Wyrostek dobrze zachowany, szeroki, daje dobre umocowanie i przy możliwości wahań protezy jest doskonałym, naturalnym przeciwwyważaczem.



Rys. 12.
Górna proteza szkieletowa o szkieletowaniu radykalnem z użyciem łuku podniebiennego. Przedni odcinek podniebienia odsłonięty.

Sam kształt łuku szczęki i szeregu zachowanych filarów ma także znaczenie. Im łuk szczęki wypuklejszy, tem utrzymanie lepsze; wyważanie, ruchomość szkieletu mniejsza. Ze względu na trudności mowy, operowania kęsem potraw podczas żucia, do szkieletowania protezy dolnej nadaje się jej odcinek przedni. Stąd też najczęściej spotykaną postacią szkieletowania płyt dolnych są siodła boczne z kabłąkiem (rys. 10, 11).



Rys 13.
Ta sama proteza poza modelem.

Odsunięcie kabłąka od szyjek zębowych powinno uwzględnić przebieg więzadełka podjęzykowego oraz fałdy podjęzykowe strzępiaste.

W szczęce górnej podobnie, jak w dolnej, ukształtowanie wyrostków odgrywa dużą rolę w możności zmniejszenia płyty. Płyta górna powinna dokładnie pokrywać wyrostki zębodołowe i guzy szczękowe; właściwa powierzchnia podniebienia może być przez wycię-

cie — szkieletowanie, odsłonięta, o czem będzie mowa dalej. Wypukłe, niezanikłe wyrostki, dobrze zachowane guzy umożliwiają ograniczenie powierzchni płyty górnej, bez szkody dla umocowania. Sam kształt, głębokość sklepienia podniebiennego wpływa również na utrzymanie protezy i możność jej szkieletowania. Im sklepienie głębsze, tem wyważanie płyty mniejsze, tem większa możliwość szkieletowania



Rys. 14.
Górna proteza szkieletowana radykalnie. Użycie łuku podniebiennego.




Rys. 15.
Górna proteza szkieletowana radykalnie. Łuk podniebienny lany złoty. Klamry lane. Klamra lewego trzonowca zaopatrzona cierniem na powierzchnię żującą.

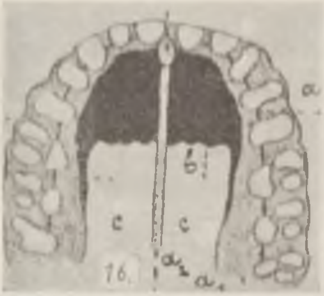
bez obawy wahań protezy, gdy kształt naturalny podniebienia hamuje ruchy wyważania. Dobre warunki wyrostków zębodołowych i podniebienia pozwalają na szkieletowanie radykalne: sprowadzenie protezy górnej do siodeł połączonych łukiem (rys. 12, 13, 14, 15).

Dalszym momentem decydującym, czy i jakie odcinki mogą być skrócone, jest spoistość podściółki podłoża. Byłoby ideałem, aby ucisk, wywarty na protezę, był tak przyjęty przez podściółkę, żeby przeniesiony został równomiernie na podkład kostny. Prace L u n d a wyka-

zały jednak, że spoistość ta nie jest równa u różnych osobników, co więcej, nie jest równomierna w tej samej szczęce. Schematyczne przedstawienie warunków szczęki górnej wykazuje zasadnicze różnice spoistości (rys. 16).

Z obu stron szeregów zębowych znajduje się zbita, nieprzesuwalna, zrośnięta z okostną, błoną śluzowa $a$—$a_1$ Jest to tak zwana *strefa zewnętrzna i wewnętrzna brzeżna* — błona włóknista zbita.

W obrębie podniebienia twardego, w okolicy zmarszczek podniebiennych, symetrycznie po obu stronach linji środkowej leży warstwa tłuszczowa *b* — *strefa tłuszczowa.*




Rys. 16.

Schematyczne przedstawienie stref spoistości szczęki górnej wedł. Lunda. a-$a_1$ strefa zewnętrzna i wewnętrzna brzeżna. (błona włóknista zbita). b. — strefa gruczołowa. c-c — strefa tłuszczowa. $a_2$ — strefa warstwy zbitej środkowej.

Dalej, do granicy tylnej — *c* — *strefa gruczołowa.*

W części środkowej warstwy tłuszczowa i gruczołowa ulegają przerwaniu przez wystąpienie wąskiego pasa *warstwy zbitej środkowejwej* — $a_2$. W części przedniej podniebienia błona śluzowa jest połączona prawie nieprzerwalnie z kością, chociaż na skrawkach histologicznych znajdujemy pokłady tłuszczu. Zjawisko nieprzesuwalności tłumaczy się obecnością pasm tkanki łącznej pomiędzy okostną a *tunica propria* błony śluzowej. Pozatem tłumaczy się to pewnem napięciem, jakie występuje między strefami włóknistemi brzeżnemi a środkową. Ku tyłowi podściółka staje się bardzo podatna, ruchoma; dzieje się to wskutek zgrubienia podkładu tłuszczowego i gruczołowego i zmniejszeniem ilości włókien łącznotkankowych. Owa podatność podniebienia służy jako regulator ucisku. (Niemcy nazywają to — Druckabfederung).

W częściach brzeżnych włóknistych mamy błonę śluzową nieprze-

suwalną dzięki podkładowi włóknistemu. Jeżeli jest on gruby, np. na wyrostkach zębodołowych nie nazbyt zanikłych, spotykamy wtedy dużą wytrzymałość na ucisk. Tłumaczy się to elastycznością z jaką tkanka włóknista ten ucisk na kość przenosi.

W przypadkach tkanki włóknistej cienkiej mamy stały, wzmożony ucisk na części twarde, ucisk przenoszony bez elastyczności, odczuwany dotkliwie. Cienka błony śluzowa posiada mniejszą, gruba — większą zdolność wytrzymałości na ucisk.

Jeżeli pod błoną śluzową wystąpi luźno utkana błona podśluzowa, otrzymamy pewną przesuwalność w stosunku do kości. W przypadku szczególnej ruchomości błona śluzowa jest złączona z okostną tylko luźną tkanką łączną.

Taka błona śluzowa układa się w fałdy, jest bardzo wrażliwa i dla noszenia protezy nader trudna. Ze względu na różnice w spoistości podłoża, możliwość szkieletowania płyty przedstawia się następująco. Dla przeniesienia ucisku nadają się wyrostki zębodołowe szczęki ze względu na dużą wytrzymałość spoistości. Stąd przy szkieletowaniu *nie są odkryte*, a odwrotnie, objęte dokładnie, co, jak wiemy, powiększa utrzymanie protezy.

Uwolnienie wyrostka zębodołowego ma miejsce tylko w szczęce dolnej, przy zastosowaniu łuku językowego — jest to zresztą jedyna forma szkieletowania protezy dolnej. Zasadniczo podniebienie daje wskazania do szkieletowania w swoim odcinku przednim, jakkolwiek odcinek ten ze względu na spoistość podściółki byłby wytrzymały na ucisk.

Znajdujące się w odcinku przednim brodawka podniebienna i zmarszczki podniebienne powiększają powierzchnię podniebienia podczas rozcierania kęsa pokarmowego i służą zarazem do powiększenia powierzchni czucia, są bowiem bogato zaopatrzone w odgałęzienia nerwów czuciowych. Dla możności odbioru wrażeń dotyku zostaje więc odcinek przedni podniebienia możliwie uwolniony spod płyty. Jeżeli dla przyczyn statystycznych nie można uwolnić zmarszczek podniebiennych, należy zwrócić uwagę na dokładne wykonanie pokrywającej jej płyty, uchronić przed wzmożonym uciskiem, o czem będzie mowa dalej. Załączone rys. 17, 18, 19 przedstawiają szkieletowe płyty z odcinkiem przednim uwolnionym. Odsłaniając przedni odcinek podniebienia, przenosimy płytę w jego części końcowe, w obręb strefy gruczołowej. Przez wycięcie w obrębie przednim nadajemy płycie postać siodeł, połączonych szerszym lub węższym pasem, który można zredukować do łuku — kabłąka.







Rys. 17 — 18 — 19.

Górne protezy szkieletowe, łączone dość szerokim pasem podniebiennym. Przedni odcinek podniebienia, uwolniony spod płyty. Pasma, łączące siodła, przeniesione w obręb strefy gruczołowej. Protezy wykonane ze stali W i p l a.

Najdogodniejszem miejscem przebiegu łuku jest granica twardego i miękkiego podniebienia. Przeważna większość pacjentów znosi dobrze łuk w tym odcinku bez objawów odruchu wymiotnego, przeszkody w mowie, żuciu. Podatna podściółka adaptuje znakomicie łuk, pod warunkiem, aby był gładki, starannie wypolerowany. Jeżeli indywidualne warunki skłaniają do przeniesieniu łuku w okolice podniebienia bardziej ku przodowi, należy robić w miejscu największej wypukłości sklepienia i z baczną uwagą na warunki podłoża.

Chodzi tu mianowicie o przebieg i ukształtowanie wału podniebiennego, występującego niejednokrotnie, jako wypuklenie twarde, pokryte nieprzesuwalną, zbitą błoną śluzową. Tego rodzaju wał podniebienny musi być ominięty przez łuk, gdyż pokrycie go prowadzi

do nadmiernego ucisku, wywołuje chwianie, kołysanie protezy oraz uporczywe odleżyny podłoża (rys. 20).

Ponieważ musimy się liczyć z minimalnem choćby osiądnięciem protezy należy zapobiec od ucisku — odgniecenia części, leżące pod łukiem.

W tym celu stwarzamy a priori nieco miejsca dla przyszłego zbliżenia łuku do błony śluzowej przez podłożenie na modelu roboczym folji cynowej grub. 0,5 — 1 mm. w okolicach pod łukiem.

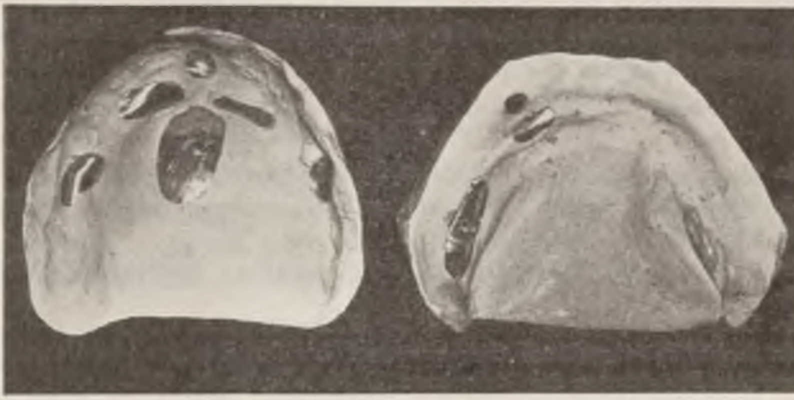
W odróżnieniu od umiejscowienia odgałęzień czuciowych w przednim odcinku podniebienia, mieszczą się punkty czucia temperatury w partjach tylnych podniebienia, a ponadto w łukach podniebiennych i nasadzie języka. Landois dowiódł, że nie jest to jednolity



Rys. 20.
(Według Schrödera). Guzowaty wał podniebienny *(torus palatinus)*.

zmysł temperatury, lecz rodzaj podwójnego odczuwania: chłodu i gorąca.

Na te dwa czynniki przednie części podniebienia reagują słabiej od tylnych: są bardziej wytrzymałe. Odgrywają więc rolę pewnego rodzaju regulatora dla zbyt ostrych podniet cieplnych, jakie ze strony przybywających pokarmów delikatniejszym odcinkom tylnym grozić mogą. Pokrycie przedniego odcinka podniebienia dezorjentuje pacjenta w regulowaniu wrażeń termicznych — stąd pożądane jest szkieletowanie odcinka przedniego jako regulatora. Pokrycie wąskim pasmem płyty, lub łukiem warstw tylnych odbioru wrażeń temperatury nie osłabia, bądź ze względu na szczupłość pokrywanej powierzchni, bądź ze względu na materjał — dobry przewodnik ciepła, jakiem jest metal do tych celów użyty. Ze względu podniesienia wrażeń smaku szkieletowanie płyty posiada wpływ pośredni, ponieważ ani podniebienie, ani wyrostki odgałęzień nerwów smakowych nie posiadają. Zmniejszenie płyty działa tu w sensie powiększenia powierzchni roz-



Rys. 22.
Model górnej bezzębnej szczęki z odciążeniem folją: wału podniebiennego, zmarszczek podniebiennych, brodawki oraz miejsc ostrych na wyrostku.

Rys. 23.
Model dolnej bezzębnej szczęki z odciążeniem folją: linji skośnej wewnętrznej, otworu bródkowego, ostrego miejsca na wyrostku.

cierania dla języka (zaopatrzonego w odgałęzienia smakowe) co, jak wiadomo, przyczynia się do spotęgowania odbioru wrażeń smakowych. Kształtowanie głosek — mowa znajduje także wyraz w kierunku racjonalizacji płyty. Stwierdzono, że uwolnienie odcinków przednich, tak w szczęce górnej, jak i dolnej przyczynia się do poprawy brzmienia i łatwości formowania dźwięków, szczególnie przy spółgłoskach językowo-podniebiennych. Ułożenie łuku podniebiennego jest pomyślniejsze dla fonetyki w częściach raczej tylnych, na granicy twardego i miękkiego podniebienia. Uwzględniając warunki kształtu, spoistości podłoża dla celowego rozkładu ucisku zmuszeni jesteśmy uciec się do sposobów pomocniczych w regulowaniu tego ucisku.

W pierwszym rzędzie będą to metody wyciskowe uwzględniające różnice spoistości podłoża, w drugim — sposoby odciążenia na modelu już gotowym miejsc specjalnie wrażliwych. Do takich należą: brodawka podniebienna, zmarszczki podniebienne i wał podniebienny w szcz. górnej, oraz otwór ujścia nerwu bródkowego i przebieg kanału żuchwowego w szcz. dolnej. Odciążenia uskutecznia się przez nałożenie na model jednej, lub kilku warstw folji cynowej od 0,1 — 0 3 mm. grubości (rys. 22 i 23).

Płyta protezy nie może być szkieletowana *ad infinitum,* gdyż nadmierne ograniczenie jej odbije się ujemnie na pozostałem uzębieniu, przeciążonem siłą utrzymania i gryzienia. Równomierne roz-

łożenie obciążenia na całość podłoża, uwzględnienie indywidualnych anatomicznych i fizjologicznych warunków jest zasadniczą podstawą szkieletowania płyty.

PIŚMIENNICTWO.

1). dr. *Geier*. Moderne Prothesenkonstruktion. Z. Rdsch. Nr. 7—8. 1933.
2). dr. *Rumpel*. Kritischer Ueberlick über die moderne Prcthese. Z. Rdsch. Nr. 14. 1931.
3). dr. *Trebitsch*. Indikationsstellung der partiellen Prothese. Z. Rdsch. Nr. 201. 1932.
4). dr. *Lewald*. Stahlbügelprothesen. Z. Rdsch. Nr. 22. 1932.
5). dr. *Mentz*. Histologische Uuntersuchengen über den Bau der Mundschleimhaut und ihre Beziehungen zum Zahnersatz. D. M. f. Z. Nr. 21. 1931.
6). dr *Geier*. Neue Richtlinien auf dem Gebiete der partiellen Prothese. Z. Rdsch. Nr. 19—20—25. 1933.
7). dr. *Gross*. Anatomisch. histologische Grundlagen zum Aufbau einer totalen Prothese mit besonderer Berücksichtigung des Abdruckverfahrens. Z. f. Stom. Nr. 5. 1931.
8). *Kennedy*. Die partielle Prothese.
9). prof. *K. Schröder*. Ueber die Auswirkung der Kaudruckräfte auf den Aufbau u. die Struktur des den Zahn umschliessenden Zahnes D. Z. M. u. K. Nr. 4. l. 1934.
10). doc. *Żeńczak*. Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych. Przegl. Dent. Nr. 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 — 1931.
11). dr. *Ziebe*, dr. *H. Menke*. Ueber den Einfluss der Platenprothese auf Zahnfleischsraum. u. Zehnfleischtasche Z. f. Stom. Nr. 12 — 1933.

*Dr. med. FR. SIENICKI — Warszawa*

# Rola fosforu, wapnia i witamin w stomatologji

Przemiana mineralna zajmuje jedno z najważniejszych miejsc w biochemji i nie przestaje być zagadnieniem wciąż aktualnem. Przemiana ta jednak nie może być rozważana jako zjawisko odosobnione — samo w sobie. Jest ona w ustroju uzależniona od szeregu czynników i tylko pod tym kątem widzenia rozważana, może nas doprowadzić do wyciągnięcia pewnych wniosków. Przy obecnym stanie wiedzy nie można jej uniezależnić od witamin, hormonów, odczynu aktualnego, zasobu zasad ustrojowych (pH), ciśnienia osmotycznego płynów ustrojowych, antagonistycznego oddziaływania na siebie pewnych jonów, eliminowania z przewodu pokarmowego zapomocą odpowiedniej djety etc. Nad wszystkiem jednak dominuje zdolność przyswa-

janiaposzczególnych składników pokarmowych, co zależy przedewszystkiem od czynnika wewnątrzustrojowego, zwanego ogólnie „*vis vitalis*". Pojęciem tego ostatniego czynnika wkraczamy już w dziedzinę konstytucji, czyli właściwości wrodzonych, które, jak zobaczymy dalej, mają w biochemji doniosłe znaczenie.

Przechodząc do zagadnienia czysto stomatologicznego, czy tkanki zęba zachowują się podobnie do innych tkanek kostnych w przemianie mineralnej fosforowo-wapniowej, pozwalam sobie przytoczyć wymianę poglądów współczesnych autorów na powyższe procesy.

May Mellanby twierdzi, że, o ile chodzi o zagadnienie próchnicy, to djeta matki w czasie ciąży i jakość odżywiania niemowlęcia w pierwszych okresach życia decydują o prawidłowości lub wadach budowy uzębienia, a wady te usposabiają do próchnicy. W swych poglądach idzie ona jeszcze dalej, dowodząc, że djeta poza okresem rozwoju i wapnienia zębów, może wpłynąć na odporność zęba prawidłowego, ale ulegającego wskutek tych czy innych przyczyn próchnicy, a tembardziej zęba zbudowanego nieprawidłowo, który w większym stopniu jest podatny na procesy próchnicze. Innemi słowy, przez podanie djety doborowej z zawartością fosforu, wapnia i witaminy *D*, można uchronić lub zahamować już istniejący proces psucia się zębów. Witamina *B* i *C*, w/g niej, mają nie wywierać wpływu na jakość zębów. a witamina *A* ma wpływać na utrzymanie prawidłowego stanu tylko części miękkich okołozębowych.

Przeciwko tej teorji wystąpili Kugelmas i King z twierdzeniem, że djeta matki w okresie ciąży nie może wpływać na stałe uzębienie dziecka ze względu na małą zawartość wapnia w zębach noworodka.

Inni badacze nie potwierdzili spostrzeżenia May Mellanby, ażeby wtórna dentyna mogła powstać pod wpływem podawania soli mineralnych i witaminy *D*, a następnie, że próchnica zębów i niedorozwój tkanek zębów nie są częstsze wśród dzieci krzywiczych, niż u dzieci zdrowych.

Zdawałoby się, że powyższe twierdzenia całkowicie podważają założenie May Mellanby, wysuwającej pogląd, że ząb reaguje podobnie jak kość i że czynniki, które naruszają prawidłowość stanu kości, wpływają też na stan uzębienia. Tak jednak nie jest Gdy weźmiemy pod uwagę czynnik konstytucyjny i to, że większość doświadczeń na zwierzętach i ludziach nie może odtworzyć procesów biochemicznych ustroju, w którym występuje próchnica zębów, to

dojdziemy do wniosków nieco odmiennych od przeciwników May Mellanby.

Przykład z postacią krzywicy nerkowej, w której przebiegu mamy masowe wydalanie wapnia, któremu najczęściej nie towarzyszy próchnica zębów, nie może być kontrargumentem, gdyż w tem cierpieniu mamy najprawdopodobniej do czynienia z kwasicą miejscową tkanek przylegających do kości (Holt i Howland), a jama ustna, być może nie bierze udziału w tem cierpieniu.

Bliższym rzeczywistości jest pogląd Boyda, Draina i Stearna, którzy twierdzą, że odkładanie się soli wapnia w kościach oraz stan zdrowia kości i zębów zależy nietyle od poziomu *P* i *Ca* we krwi, ile od zdolności asymilowania tych składników przez ustrój. Odporność przedewszystkiem zależy od sił działających od wewnątrz zęba, co wyżej podkreśliłem.

Krańcowe niedobory w djecie, o jakich mówi May Mellanby w wyniku doświadczeń na zwierzętach, są u ludzi, dotkniętych próchnicą, dość rzadkie a stąd i wskazówki lecznicze, przez nią opisane, są niewystarczające.

Hanke, a ostatnio Pitts, na podstawie doświadczeń na materjale ludzkim, doszli do przekonania, że niedobór witaminy *D* rzadko się spotyka, częściej natomiast witaminy *C* i że witamina *C* jest przyczyną schorzeń części miękkich, otaczających ząb, a następnie próchnicy.

Nie można tu pominąć innych teoryj powstawania próchnicy: mechanicznej, fermentacyjnej, chemiczno-pasorzytniczej i pasorzytniczej; odczyn djety, ilość, zasób zasad oraz inne bliżej nieokreślone czynniki prawdopodobnie odgrywają rolę w próchnicy zębów.

Na podstawie współczesnych poglądów nie jesteśmy dziś w możności uzależnić próchnicy zębów od jednego czynnika. Mechanizm powstawania tych zmian jest bezwątpienia bardziej złożony, niż się nam wydaje, a przyczyna jest niejedna.

Biorąc pod uwagę spostrzeżenia kliniczne, że cukrzyca, przewlekłe ropienia i choroby zakaźne, jak: gruźlica, kiła, choroby matki: rzucawka porodowa, choroby zakaźne w okresie ciąży, odbijają się niekorzystnie na uzębieniu dziecka (L'Hirondel), należy twierdzić, że zmiany w tkance zębowej nie mogą być uważane, jako procesy czysto miejscowe, a trzeba je uzależnić od zmian w całym ustroju. Znajdu-

jąc zmiany w uzębieniu ,należy poszukiwać przyczyn bardziej odległych, które mogły je wywołać, a stomatologję należy uważać za jeden z działów medycyny, tak jak inne jej gałęzie. Dlatego też nie można próchnicy traktować polipragmatycznie, a o ile chodzi o jej leczenie, należy wziąć pod uwagę wszystkie wyżej omówione czynniki, które mogą wpłynąć na jej polepszenie.

Omówieniu ważniejszych z tych czynników, a mianowicie: przemiany wapniowo - fosforowej i witamin pragnę poświęcić dzisiejszy odczyt.

Obok proteidów czyli białek, glucydów czyli węglowodanów, lipidów czyli tłuszczów i ciał tłuszczowatych związków organicznych fosforu, kwasów organicznych, steroli i wody. niezbędne są dla życia ustroju s o l e m i n e r a l n e i witaminy oraz kwasy nukleinowe i związki organiczne drobnocząsteczkowe, t. zw. wyciągowe, bezazotowe i azotowe, a nawet alkohol (P a r n a s).

Utrzymanie gospodarki wodnej na poziomie prawidłowym zależne jest od stężenia soli mineralnych, które zapewnia odpowiednie ciśnienie osmotyczne. Od nich też zależy regulacja zasobu zasad i równowaga kwasowo-zasadowa. Sole mineralne wreszcie odgrywają często rolę katalizatorów w procesach biochemicznych.

Rezerwa mineralna ustroju staje się niezbędna w okresach zachwiania gospodarki mineralnej, szczególnie w stanach demineralizacji. Dzięki rezerwie nie dochodzi odrazu do wchłaniania soli mineralnych, stanowiących niezbędny składnik narządów i tkanek.

Z pośród licznych pierwiastków, wchodzących w skład ustroju, omówię dziś fosfor i wapń, jako najbardziej nas obchodzące.

Zawartość fosforu i wapnia w ustroju jest znaczna. Popiół zwierzęcia zawiera 27,1% *P* (W e n d t). U dziecka znajdujemy podobne stosunki: 26,4 — 26,7% *P* (K a m e r e r, S ö l d n e r, S t i m i t z i W e i g e r t). Stosunek *Ca* : *P* w popiele zwierzęcia wynosi 1,35 — 1,50; u dziecka 1,62 — 1.66. Wg V o l k m a n n a kościec człowieka dorosłego daje 22% popiołu, co stanowi 3,9% popiołu całkowitego. 55% popiołu kośćca przypada na anjon $HPO_4$, tak, że przeszło 2% wagi ciała przypada na kw. fosforowy kości; czyli przyjmując wagę człowieka dorosłego za 50 — 75 klg., na kwas fosforowy przypada 1 — 1,5 klg.

W ustroju nie zachodzi odosobniona przemiana fosforowa, a zawsze kwas fosforowy wiąże się z katjonami ziem alkalicznych, szczeg. z katj. *Ca*. Doświadczenia z obliczaniem bilansu fosforowego dowiodły, że dla człowieka dorosłego potrzeba około 2,5 — 3,5 g.

kw. fosforowego *pro die*. Podaż w mleku kobiecem na jon $HPO_4$ wynosi 0,07g. pro klg. i pro die.

W/g. Kellera dla dziecka 2 — 5 miesięcznego wynosi 0,1 g. $HPO_4$. Dodatek kw. fosforowego do pokarmu matczynego z piersi wzmaga zatrzymywanie fosforu, które zmniejsza się z wiekiem (Langstein i Meyer). Stąd uzasadnione jest dodawanie do mleka fortossanu, phytiny i t. p. W okresie wzrostu jest prawdopodobne, że rozmaite związki fosforu mogą być dowolnie przebudowywane (Plimmer i Scot), co nie jest wykluczone i w latach późniejszych (Fingerling). Większość jednak współczesnych autorów stoi na stanowisku, że obok fosforu mineralnego, konieczne jest podawanie zw. organicznych, szczeg. soli kw. inozytosześciofosforowego, do czego jeszcze wrócę.

O ile chodzi o stosunki ilościowe, to na 100 g. substancji ustrojowej przypada *Ca* — 0,72, *P* — 0,45, *Mg.* — 0,02, *Na* — 0,18 i *K* — 0,17. g.

Kości zawierają około 20% *CaO* w postaci $CaCO_3$ i fosforanów *Ca*. Tkanka kostna zawiera znaczną cześć fosforu pod postacią fosforanów wapnia — $Ca_3(PO_4)_2$ — w popiele ten związek wynosi 84 — 86% i fosforanu magnezu — $Mg_3(PO_4)_2$ — w popiele 1 — 1,84%. $Ca_3(PO_4)_2$ występuje pozatem w innych narządach i sokach ustroju. W grubszych kościach cześć fosforanów wapnia związana jest najprawdopodobniej z chlorkiem i fluorkiem wapnia:

$$Ca_4(PO_4)_3CaCl \text{ i } Ca_4(PO_4)_3CaF.$$

Około 2% fosforu przypada w kościach na związki organiczne, jak fosfolipidy, np. lecytyny, kefaliny, sfingomyeliny i t. p. (Cristol). Ogólnie ustrój zawiera 0,7 — 1,4% wagi ciała soli Ca, z czego na kościec przypada 99% i na narządy miękkie 1%. Zapotrzebowanie na wapń wynosi 0,4 — 1,5 g. CaO *pro die* (Bertram, Renvall). Okres wzrostu wymaga więcej *Ca* (około 1 g. CaO).

W/g. Emericha i Loewa na przemianę wapniową wpływa prawdopodobnie jon Mg; dodatek fosforanów wzmaga zatrzymywanie wapnia.

Komórki zawierają dużo fosfo- i nukleoproteidów. W te ostatnie bogate jest jądro komórkowe. Każda komórka zwierzęca zawiera *Ca*.

Krew dorosłych zawiera: w krwinkach 0,2% *P* w mg. i 2,5 — 3,5 mg. % *Ca* (Rona i Takahashi), 20 — 25 mg. *pro mille Ca* (Guillaumin); w surowicy: 9 — 11 mg. % *Ca*

(u niemowląt 10,2 mg. % *Ca*) oraz 2,1 — 3 mg. % *P* (u niemowląt 4 — 6 mg. *P*). Sole *Ca* we krwi wykazują znaczną stałość.

Układ nerwowy: mózg w całości zawiera 4 — 5 g. nukleoproteidów, bogatych w fosfor; nerwy — obfitą ilość fosfatydów i fosfolipidów oraz związków, stanowiących dociekania współczesnej biochemji.

## ŹRÓDŁA FOSFORU I WAPNIA.

Najbogatszym pokarmem w fosfor i wapń jest mleko i tkanki zwierzęce, szczególnie trzewia i mózg (*P*).

Mleko krowie zawiera około 7 g. *pro mille* fosforanu wapnia i 2 g. *pro mille Ca*, 0,5 — 1 g. *pro mille* lecytyny, prócz tego kazeina, jako fosfoproteid, daje przy trawieniu pepsyną paranukleinę, zawierającą 0,85 % *P*.

Litr mleka krowiego odpowiada ca. 33 g. kazeiny = 0,28 g. fosforu proteinowego. Składniki pożywienia zawierają fosfor w związkach organicznych lub w postaci soli mineralnych.

Mięśnie zwierząt zawierają około 0,45% *P*. w postaci $P_2O_5$, który początkowo znajduje się w postaci fosfatydów i nukleoproteidów. Trzewia są bogatsze w fosfor. Wątroba np. zawiera ca 5,5 *pro mille P* w postaci lecytyn i nukleoproteidów.

Rośliny zbożowe (jarzyny) zawierają proteidy fosfororowe, fosforany i kwas inozytosześciofosforowy.

Pomarańcze, cytryny, poziomki, figi i marchew zawierają 400 — 900 mg. *Ca* (w 100 g.).

Fosforany obojętne (trójmetaliczne) w postaci trzeciorzędnego fosforanu wapnia i magnezu wchodzą w skład szkieletu. Wydalanie ich, jako nierozpuszczalnych odbywa się kałem.

Djeta mięsna, zakwaszając mocz, powoduje zwiększenie wydalania wapnia z moczem; djeta jarska — przeciwnie zmniejsza wydalanie *Ca* (Maguns-Levy).

Zatrzymywanie anjonu $HPO_4$ jest równoległe z zatrzymaniem CaO, szczególnie w okresie wzrostu. Ujemnie na zatrzymywanie fosforu wpływają sole alkaliczne: *Na* i *K*. Znaczniejsze wydalanie fosforu w postaci kw. fosforowego zależy od zwiększonego bilansu fosforowego.

Zwiększone wydalanie *P* z kałem idzie w parze z nadmiernym podawaniem pokarmów roślinnych, bogatych w sole *Ca*. Zmniejszenie wydalania *P* ma miejsce, gdy zwiększa się dowóz lub produkcja wewnątrzustrojowa kwasów.

Wg Magnusa i Levyego wydalanie fosforanów odbywa się przez nerki przy djecie mięsnej, a drogą kału przy djecie jarskiej.

Wg Heubnera fosfor mineralny, podany w postaci fosforanów, powoduje deficyt bilansowy w ośrodkowym układzie nerwowym.

Wg Osborna i Mendla ujemny bilans fosforowy odbija się niekorzystnie na tkankach kostnych i w okresie wzrostu powoduje rozmiękczenie kości, które stają się kruche, jak przy odjęciu wapnia, podobne do krzywiczych, ale nie identyczne. W krzywicy bowiem, prócz powyższych czynników odgrywa rolę witamina *D.*

(*D. c. n.*).

# Dział streszczeń

**Dr. HIROSHI SAGEGUSA** (Osaka) **Rozszczep języka.** („Zetsubunretsu no itsurei". Rinshioshika Nr. 7, 1935 r.).

Rozszczep języka, jego powstanie wywołujące go powody i formy, jakie przybiera są zagadnieniem bardzo interesującem, zarówno teoretycznie, jak i klinicznie. Rozszczep języka jest bardzo rzadkim wypadkiem, autor raz tylko z nim się spotkał przy badaniu dzieci szkolnych. Był to rozszczep wrodzony; towarzyszył mu niedorozwój szczęki.

Rozszczep szedł wzdłuż linji środkowej języka. Takie wypadki spotykał też dr. Bolize również w linji środkowej, grubości 1,5 cm. od koniuszka, a dr. Polei widział rozszczep długości 3 cm.

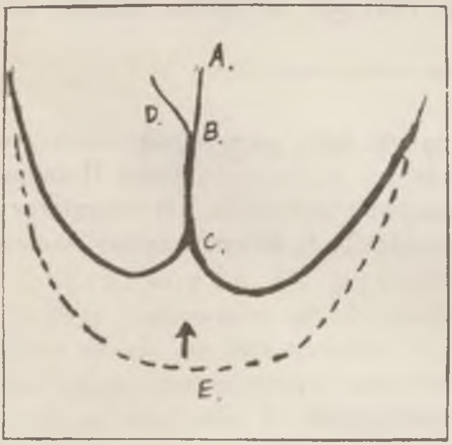
Dr. Brauni i dr. Brajar za powód rozszczepu języka podawali kiłę wrodzoną, gruźlicę i operację ropniaka.

Wypadek opisywany był rozszczepem wrodzonym. Pacjent „K", lat 14. W stanie ogólnym nie stwierdzono specjalnych zmian, tylko waga była mniejsza od normalnej. Rodzice i rodzeństwo (w liczbie 10) zdrowi. 2 braci umarło na choroby niewiadome. Wymowa niewyraźna. Źle wymawia dźwięk „s". Jama ustna utrzymana średnio. Zęby mądrości nie wyrznięte; 6 i 6 — próchnica na powierzchni żującej; zgryz normalny.

Stan języka:

1) zabarwienie języka z wierzchu i pod spodem normalne; nie stwierdzono żadnych zmian zapalnych;
2) twardość i wilgotność normalna;
3) papillae normalne, nieco mniejsze;

4) rozszczep grubości 2 cm. wzdłuż linji środkowej języka, aż do ligamentum sublinguale;
5) ruch języka poza ustami krótki, gdyż rozszczepienie przeszkadza podnoszeniu do góry.






A—B—C—D — Rozszczep języka.
E — Zarys języka normalnego.

Pacjent w 2 lub 3-im roku życia miał wrzód na języku; innych zmian rodzice nie zauważyli. Zachodzi pytanie, w jaki sposób rozszczep powstał?

1) czy wskutek kiły nabytej lub gruźlicy,
2) od kiły wrodzonej,
3) od podrażnienia,
4) czy też embrjologicznie?

1) Z kiły nabytej i gruźlicy. W pierwszym okresie rzadko spotyka się twarde wrzody na języku umiejscowione na grubej podstawie, jak n. p. na wardze.

W drugim okresie występuje guz pogłębiający się, język błyszczy się, pęka w kształcie litery V. Powstają wrzody z bólami, jeżeli pozostają dłuższy czas, to zmiany pogłębiają się i powodują pośrednio zapalenie i przewlekłe stwardnienie języka.

W trzecim okresie występuje stwardnienie języka, lub gummat, ale rzadko, natomiast powstają pogłębiające twarde wrzody. Jeszcze rzadziej spotyka się przewlekłe zapalenie i stwardnienie całego języka, ale ten stan nie doprowadza do rozszczepu. Trudno odróżnić

w trzecim okresie czy wrzody są pochodzenia kiłowego, gruźliczego, nowotworowego, czy też pooperacyjnego.

Ponieważ wrzody u pacjenta pokazały się w 2, 3 roku życia przypuszczać należy, że nie były wynikiem kiły nabytej. Niestety nie zrobiono badania serologicznego.

2) Z kiły wrodzonej. Przy kile wrodzonej sposoby zakażenia są następujące:

a) zakażenie płodowe,

b) zakażenie plemnikowe.

Kiła wrodzona tak samo, jak nabyta może spowodować rozszczep języka. Omówimy jej objawy. Oddawna znana jest „trójca Hutchinsona", a obecnie istnieje już 9 objawów, z których 4, lub 5 wystarczy do stwierdzenia typowej kiły wrodzonej. Te 9 objawów są to:

1. szum w uchu środkowem,
2. zęby Hutchinsona,
3. keratitis parenchymatosa,
4. siodełkowaty nos,
5. wysypka plamista naokoło ust i nosa,
6. ząb Fournier'a,
7. odłamanie lub zniszczenie 6 zębów przednich dolnej szczęki
8. Diastema siekaczy środkowych górnej szczęki,
9. ogólne zmiany, niedorozwój zębów.

W danym przypadku stwierdziłem tylko ząb Fournier'a przy braku innych objawów.

3) Od podrażnienia, czyli od rany zewnętrznej, albo zapalenia miejscowego. Specjalnie ważną jest choroba Riga. Jest to zapalenie śluzówki jamy ustnej u dziecka ssącego. Pojawia się też w śluzówce podjęzykowej.

U niemowlęcia często spotyka się przedwczesne wyrzynanie się siekaczy środkowych w dolnej szczęce lub połamane normalne zęby, co przy kaszlu, lub ssaniu powoduje ostre podrażnienie dolnej powierzchni języka i dna śluzówki jamy ustnej. Do tego dołącza się infekcja drobnoustrojami, co wywołuje zmiany postępowe. Ropnie umiejscawiają się w okolicy nasady języka. Są one wielkości ziarenka soji w ilości 1, lub 2, stosunkowo dość głębokie (2 — 5 mm). Rozpadają się nagle, jakby wskutek zgorzeli tkanki. Lecz choroba Riga nie daje do tego stopnia silnego ubytku materjału, by aż powodować rozszczepienie języka.

4) Embrjologicznie. Embrjologicznie rozszczepy języka jeszcze nie były dokładnie wyjaśnione. Można jedynie mówić i nie-

normalnem połączeniu języka u płodu lub o przeszkodach w rozwoju języka z łuku pierwszego lub o przypadkach we wczesnym okresie płodowego rozwoju fizjologicznego, czyli t. zw. powstrzymaniu rozwoju na pewien czas.

Przypadek opisany, prawdopodobnie powstał embrjologicznie we wczesnym okresie życia płodowego.

Str. *Tadeusz Tonchu Ru.*

## Pytania i odpowiedzi

Pytanie II. Jakie sposoby i środki znieczulające i jak stosowane — usuwają ból przy szlifowaniu zębów żywych pod koronki?

Odpowiedź na pytanie II.

Przy opiłowaniu zębów żywych pod korony celem uniknięcia bólów stosuje się dwa sposoby: 1) Ząb smarujemy stężonym rozczynem lapisu i pozostawiamy parę minut pod wpływem światła. Powtarzamy to parę razy. 2) Zastosowanie chlorku etylowego. Koronę pokrywa się watą, zmoczona w rozczynie sandaraku, strumień chlorku etylowego skierowujemy na okolice szczytu korzenia, posuwając się stopniowo ku szyjce zęba i na koronę, przyczem usuwamy watę, pokrywającą koronę. Sposób ten pod względem znieczulenia zęba jest najlepszy, jednak w wyniku tego zabiegu bardzo często następuje zapalenie a nawet obumarcie miazgi zęba.

Prof. *H. Wilga.*

Pytanie III. Czy plombowanie przewodów korzeniowych cementem z jodoformem oraz wprowadzanie w to ćwieków gutaperkowych — jest dobre?

Odpowiedź na pytanie III

Połączenie cementu z jodoformem jest niecelowe, gdyż jodoform traci w tym wypadku swoją własność.

Wypełniania przewodów korzeniowych cementem używa się jedynie przed rezekcją korzeni zęba lub w celu umocowania zęba ćwiekowego.

Cementu jako wypełnienia przewodu korzeni nie używa się już od 30-tu lat z chwilą gdy Preiswerk a potem Fischer udowodnili, że przewód korzeniowy ma liczne rozgałęzienia u szczytu, przez które miazga w postaci choinki łączy się z ozębną w kilku miejscach.

Prof. *H. Wilga.*

*Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie.*

## IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I. w Wiedniu
(Komunikat Nr. IV).

Kilka miesięcy dzieli nas od czasu (2 — 8 sierpnia 1936), w którym odbędzie się we Wiedniu IX Międzynarodowy Zjazd Stomatologów w ramach F. D. I. — W tym zjeździe, który zapowiada się jako wybitne zdarzenie w stomatologicznym świecie naukowym wezmą udział najwybitniejsze sławy naukowe ze wszystkich krajów świata i zdadzą sprawę z wyników swych dotychczasowych badań. Wszyscy bez wyjątku Koledzy chociaż nie władają językami Kongresu, będą mogli bez przeszkód słuchać wykładów. Nowoczesne urządzenie umożliwi za naciśnięciem odpowiedniego guzika umocowanego przy danem miejscu, przez słuchawki śledzić wykłady i otrzymać objaśnienia do ilustracji w języku dostępnym dla każdego.

Na tym zjeździe będą brane w rachubę nietylko wiedza, ale życzenia i potrzeby praktyków będą w ten sposób zaspakajane, że w czasie czterech popołudni najwybitniejsi praktycy będą zaznajamiali uczestników na demonstracjach z najnowszemi zdobyczami w dziedzinie koron i mostków, całkowitej i częściowej protezy, techniki ceramicznej i w. in. I tutaj tłumacze będą ułatwiali porozumienie się między wykładowcą a uczestnikami. Kongres ten dostarczy więc podniety zarówno wiedzy teoretycznej jak i praktycznej w każdej dziedzinie oraz da niejedną sposobność do wymiany myśli z osobistościami z całego świata.

Wspaniała wystawa naukowa i przemysłowa, urządzona w oddzielnym gmachu według nowoczesnej techniki, umożliwi zapoznanie się z nowemi zdobyczami w tej dziedzinie.

Oprawę dla tego przedsięwzięcia da Wiedeń, sławna siedziba wiedzy i sztuki.

W czasie poświęconym zawodowemu wyszkoleniu, specjalna komisja zajmie się krewnymi (którzy niewątpliwie też przybędą), którym pokaże zabytki miasta godne widzenia, a paniom Wiedeń, jako miasto mody i siedzibę znanego w całym świecie przemysłu.

W końcu uczestnicy po ukończeniu pracy będą mieli sposobność obejrzenia w towarzystwie starych i nowopozyskanych przyjaciół wspaniałych budowli pamiątkowych Wiednia,

miasta najstarszej kultury europejskiej, dalej kościołów, muzeów, galeryj obrazów, pałaców cesarskich i starych zamków. Wspaniałe okolice Wiednia dają możność, jak żadne inne miasta Europy, autem w kilku minutach znaleźć odpoczynek i odświeżenie w pięknych lasach i terenach górskich.

Stomatologowie Wiednia dołożą wszelkich możliwych starań, aby uczestnikom i ich krewnym tak uprzystępnić pobyt, że udział w IX. Międzynarodowym Zjeździe Stomatologów w Wiedniu w sierpniu 1936 r. pozostanie dla wszystkich pięknem i niezatartem wspomnieniem.

*Komisja Prasowa Kongresu 1936 r.*

## Z Akademji Stomatologicznej

W dn. 15.XII.1935 r. p. Rektor Akademji Stomatologicznej prof. dr. Roman Nitsch z okazji rozdawania dyplomów odczytał sprawozdanie za rok 1934-5 i wygłosił apel do wychowanków; przemówienia te ze względu na ich niezmiernie głęboką, dobrze przemyślaną i, przyznać trzeba, miejscami całkiem nową treść, uważamy za konieczne podać do wiadomości naszych czytelników choćby tylko w postaci ważniejszych wycinków, gdyż na przedruk *in extenso* niestety brak miejsca nie pozwala. Myśli wypowiedziane przez p. prof. Nitscha w zakończeniu poruszają sprawy najważniejsze, a ze względu na obniżenie moralnego poziomu są bardzo na czasie i muszą zapaść głęboko do serc wszystkich — nie tylko świeżo dyplomowanych stomatologów, zawierają bowiem prawdy odwieczne, stanowiące podstawy filozofji chrześćjańskiej.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

O byt Akademji można być spokojnym. Dała ona dotąd Państwu Polskiemu około **15000** lekarzy-dentystów, coraz lepiej wyszkolonych w swoim zawodzie. W miarę rozwoju Akademji szkolenie to będzie coraz lepsze.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

W staraniach o zaspokojenine potrzeb Akademji na pierwszy plan wysuwają się starania o zdobycie własnego gmachu. Jednak pomimo silnych zabiegów, zarówno obecnego rektoratu jak też

i wszystkich poprzednich dyrekcyj, największa ta bolączka uczelni dotychczas nie może ruszyć z martwego punktu.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Według obliczeń, przeprowadzonych w Akademji, budowa nowego gmachu kosztowałaby około 800.000 zł. W gmachu tym byłyby skoncentrowane wszystkie cztery kliniki z pomieszczeniem chorych, ambulatorjami i salami wykładowemi oraz rektorat z biurami sekretarjatu i kwestury. Było tam też przewidziane miejsce dla odpoczynku studentów, a może także pomieszczenie dla stowarzyszeń akademickich. Odpowiednie miejsce dla odpoczynku studentów jest rzeczą bardzo ważną, bo wobec zajęć w Akademji nie mają oni w wolnych chwilach miejsca dla siebie. Wobec ciasnoty, panującej w dzisiejszych lokalach uczelni, muszą błąkać się po mieście narażeni na słotę i przeziębienie zwłaszcza, że często nie mają ciepłego okrycia. Niektórzy, przyjeżdżając z krańców miasta, albo nawet z podmiejskich osiedli, muszą godziny wolne od zajęć w Akademji spędzać na ulicy, dochodząc po kilku miesiącach takiego bytowania do stanu wielkiego wyczerpania.

Prócz trudności zdobycia funduszów przedstawia budowa gmachu Akademji jeszcze trudności specjalne ze względu na warunki, w jakich przyszło nam pracować. Z powodu **konieczności zarobkowania mianowicie obawiamy się budować gmach na krańcach miasta,** gdzie łatwiej o place budowlane; jest bowiem wątpliwe, czy pacjenci przybywaliby tak licznie na krańce, jak dziś odwiedzają naszą uczelnię w środku miasta. Wtedy zaś **spadłyby znacznie dochody uczelni** i mogłoby się zdarzyć, że Akademja, zbudowawszy gmach odpowiedni, stanęłaby przed ruiną finansową.

Obecnie opłacamy rocznie 48.448 zł. za lokale, wynajęte dla Akademji.

Są to pieniądze stracone bezpowrotnie. Gdybyśmy mogli otrzymać pożyczkę na budowę gmachu, staćby nas było na płacenie 60.000 zł. rocznie na procenty i amortyzację długu i wiedzielibyśmy, że pieniądze te nie są stracone.

Prócz braku własnego pomieszczenia drugą trudność w rozwoju Akademji stanowi niedostateczne zaopatrzenie materjalne. Budżet roczny uczelni wynosił ogółem 591.000 zł. Z tego Skarb Państwa pokrył 33% t. j. 195.000 zł. Z funduszu opłat studenckich wpłynęło 130.000 zł., resztę t. j. 266.000 zł. zarobiły kliniki z opłat za leczenie chorych. Opłaty te są bardzo niewielkie i rozpoczynają się od **30** gr. za zabieg, wskutek czego jest pracy bardzo dużo i liczba pacjentów,

szukających pomocy w klinikach uczelni, wynosi około 200 osób dziennie. Nic dziwnego, że **troska o zarobienie tak znacznych sum na utrzymanie uczelni pochłania bardzo wiele energji profesorów, asystentów i kierownictwa Akademji** Wskutek tej najpilniejszej potrzeby zarobienia na utrzymanie warsztatu pracy **profesorowie i asystenci nie mają dosyć czasu na poświęcenie się pracy naukowej.** Daje to powód przeciwnikom Akademji do krytyki. Wobec stanu Skarbu Państwa nic jednak na to poradzić nie można. Primum vivere deinde philosophare. Naprzód trzeba żyć, a potem dopiero można myśleć o pracy naukowej.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jeden z najbardziej zasłużonych profesorów Akademji, P. Prof. Dr. Med. Hilary Zdzisław Wilga, dekretem Ministra W. R. i O. P. z dn. 19.VII.1935 r. Nr. BP — 15543 35, przeniesiony został z dniem 1 września r. b. w stan spoczynku z powodu osiągnięcia nieprzekraczalnej ustawowo granicy wieku.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Z uwagi na zasługi Prof. Wilgi, Zebranie Ogólne Profesorów zamierza przedstawić Go do nominacji na profesora honorowego w myśl punktu 1 art. 36 Ust. z dn. 15.III.1933 o szkołach akademickich.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Wobec ustąpienia p. Doc. Wincentego Humnickiego ze stanowiska wykładowcy chemji, do prowadzenia tego przedmiotu rektorowi udało się pozyskać p. Prof. Ludwika Szperla, b. Rektora Politechniki Warszawskiej. W związku z tą zmianą odbywanie się wykładów i ćwiczeń z chemji przeniesione zostało, dzięki życzliwości i energji p. Prof. Szperla ze Szkoły Zgromadzenia Kupców do Gmachu Politechniki Warszawskiej.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Już od lat kilku władze uczelni **ubolewają nad niemożliwością przyjmowania na studja wszystkich zgłaszających się kandydatów.** Pomieszczenie oraz personel uczelni pozwalają na **uwzględnienie zaledwie czwartej części ogólnej liczby ubiegających się** Wybór kandydatów odbywa się na podstawie wyników wprowadzonego w tym celu egzaminu wstępnego (kwalifikacyjnego).

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

W Akademji Stomatologicznej studjowało w roku sprawozdawczym ogółem 517 osób. Na poszczególne kursy przypadało:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Na | I | rok | — 124 | stud. |
| „ | II | „ | — 127 | „ |
| „ | III | „ | — 136 | „ |
| „ | IV | „ | — 130 | „ |

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Pod względem: narodowości, wyznania i płci statystyczne dane o studentach Akademji w roku ak. 1934/35 przedstawiają się w ten sposób:

| | | |
|---|---|---|
| Studjowało: Polaków | — 426 | |
| Ukraińców | — 12 | |
| Niemców | — 3 | |
| Żydów | — 48 | |
| Bułgarów i in. | — 28 | wśród nich jeden Japończyk. |
| **Chrześćjan** | — **402** | |
| **Wyzn. mojż.** | — **115** | |
| Mężczyzn | — 147 = 28.6% | |
| Kobiet | — 370 = 71.4% | |

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ażeby nie zajmować zbyt dużo czasu na szczegółowe przedstawienie sprawozdań z działalności poszczególnych katedr i klinik, ograniczę się tylko do zakomunikowania, że w Akademji Stomatologicznej pracowali następujący lekarze -i lekarze-dentyści, prócz profesorów:

W Klinie Chirurgji Stomatol.: 1 adjunkt, 9 asystentów i asystenek, 49 wolontarjuszy

W Klinice Dentystyki Zachow.: 1 adjunkt, 12 asystentek i 10 wolontarjuszy.

W Klinice Protetyki Dentyst.: 7 asystentów i asystentek i 14 wolontarjuszy.

W Klinice Ortodontycznej: 1 adjunkt, 2 asystentów i 4 wolontarjuszy.

Prócz tych katedr specjalnych prowadziło 16 profesorów wykłady zlecone z przedmiotów przyrodniczo lekarskich.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Uczelnia żegna Was ze szczerym sentymentem i życzy Wam spełnienia Waszych pragnień.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Bądźcie zawsze w zgodzie ze swojem sumieniem. Nieraz w życiu byłoby korzystniej działać niezgodnie z niem, jednak w wyninku ostatecznym **korzyści materjalne, nabyte wbrew własnemu sumieniu,**

pozostawiają w duszy osad, **który nie pozwoli nam szanować samych siebie.** A módz w najgłębszem sumieniu szanować samego siebie, to daje bardzo silną podporę w życiu.

Dalej, jeżeli Wam przyjdzie walczyć z kimś, a to się zdarzy napewno, używajcie tylko **szlachetnych i moralnych metod w** tym celu. Nieraz ulegniecie wskutek tego w walce z przeciwnikami bez skrupułów. Należy to przyjąć ze spokojem w tem przeświadczeniu, że **prawda potrzebuje nieraz długiego czasu, żeby się przedostać przez grubą skorupę kłamstwa**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Wreszcie, kształcie się ciągle w swej specjalności, w niej bowiem nigdy się zadużo nie umie i nigdy się nie dojdzie do kresu umiejętności.

## DYPLOMY OTRZYMALI:

PP. Abczyńska Magdalena, Angełow Todor Antonow, Ankiewicz Karolina, Antoniewicz Helena Henryka, Arbusman Małgorzata, Baum Brucha, Berger Mina, Bitny-Szlachta Marja Wanda, Blum Ruchla Boćkowska Halina, z Bogdanowiczów Zielińska Helena, Bojdecki Stanisław Jan, Borensztejn Noema, Borkowska Berta, Bronisz Helena, Chadżi Donczew Mikołaj, Chrząszcz Tyla Welka, Cocow Damian Eftimow, Czackis Janina, Dąbrowska Krystyna Zofja, Drewnowska Zofja, Drutman Henryk, z Feodorów Szpalerska Wiera, Fiłatow Alina Marta, Garbarska Frejda Chaja, Goldin Chaja, Gricman Seweryn, Grodzka Katarzyna, Grynkiewicz Irena. Haja Henryk Paweł, Hajdenwurcel Fajga, Hanslik Paweł Bonifacy, Hornung Irena. Jacewicz Wanda Janina, Jakubska Janina, Jemielewska Barbara Bibjana, Juszkiewicz Stanisława, Kenczewa Tomira Diankowa, Kojer Lucyna Henryka, Kolczyński Wacław, Kolimeczkow Dymitr Iwanow, Korczyńska Wanda Marja, Kostkowski Zygmunt, Krotkiewska Halina, Krzanowski Władysław Jozef Teofil, Krzciuk Zofja, Kuczyńska Cecylja, Kulczycka Jadwiga, Kühn Zofja Marja, Liebeskind Marceli, Łączyński Juljan Leon, Łotocki Karol, Mangel Cilli, z Mańkowskich Wiśniewska Regina, Miłodrowska Marja Aleksandra, Mińska Blima, Mitew Jordan Petkow, Morawska Halina Jadwiga, Neufeld Helena, Niedzielska Jadwiga Kazimiera, Olszewska Zofja, Pachoński Zdzisław Franciszek, Pachowska Eugenja Stanisława, Piotrowska Jadwiga Marja, z Piotrowskich Pawłoska Irena, Połtowicz Ida Janina Popow Georgi Dymitrow, Pudełkiewicz Helena, Rasińska Wiktorja Kazimiera, Rodzewicz Rozalja, Roszkowska Zofja, Rotter Teresa Jadwiga, Rozsypoł, Hildegarda Anna, Rusewa Iwanka Georgiewa, Rybak Jani-

na Zofja, Rybczyński Anatol, Sadowska Marja Helena, Sapundżiew Dymitr Panczew, Sielecki Marjan, Sikorski Tadeusz Zdzisław, Słupczyńska Zofja Amelja, Sobocińska Marja Eugenja, Sommer Jadwiga Marja, Stapp Karol Gustaw, Sztandermajer Marja Jadwiga, Szwarcman Pesza, Szycko Jadwiga, Śmigielska Marja Anna, Świder Wanda, Świechowska Zofja Marja, Toboła Telesfor, Tanenbaum Sara, Urban Stefan Aloizy, Wachowska Halina Marja, Wandstein Aleksander Süssel, Wilczyński Henryk Juljan, Wilkaniec Eugenja, Wronka Jadwiga Antonina, Zeja Halina, Ziółkowska Janina, Zyglarska Irena Karolina.

Z liczby wyżej wymienionych ukończyli Akademję z odznaczeniem: pp. Lebeskind Marceli, Łączyński Juljan Leon, Mangel Cilli, Neufeld Helena, Rusewa Iwanka narodowości bułgarskiej i Wandstein Aleksander.

## Nowości przemysłu dentystycznego

„Odemin". Prowizoryczne wypełnienie w postaci pasty, w sprzedaży w tubach. Jak podaje Dentistische Reform 1933 r. Nr. 16 wyciśnięta z tuby odpowiednia ilość pasty, przeniesiona do ubytku zęba i wygładzona zwilżonym instrumentem, zasycha szybko i twardnieje mimo zaślinienia. Odemin jest odporny na ucisk i ślinę, poza tem daje oszczędność na czasie i materjale.

Emaljowanie złotych koron i mostów.

W Warszawie czynna jest specjalna pracownia ceramiczna do emaljowania koron i mostów systemu budapeszteńskiego H e j z m a n a. Pracownią kierują wykwalifikowani technicy. Nową ulepszoną emalję cechuje trwałość i dobór koloru podług klucza De T r e y a. Pracownia tylko wypala emalje. Korony i mosty należy dostarczyć pracowni gotowe z metalu szlachetnego według wskazówek kierownika pracowni. Szczegóły wypalania emalji na złotych koronach w streszczeniu pracy doc. M a t h e. Przegląd Dentystyczny 1935 r. Nr. 7, str. 241.

Tłoczono w Zakładach Drukarskich „DRUKARNIA KRAJOWA" w Warszawie, Chłodna 44, tel. 5.65-70

# Przegląd Dentystyczny


ROK XVI

WARSZAWA Styczeń Nr. 1 (157)

1936

ROK XVI STYCZEŃ 1936 R. Nr. 1 (157)

# Przegląd Dentystyczny

Miesięcznik

PISMO POŚWIĘCONE WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGJI — ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO — ORGAN ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY DENTYSTÓW ZIEMI RADOMSKIEJ



## TREŚĆ NUMERU:

### PRACE ORYGINALNE



WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie zł. 20, półrocznie zł. 10 — P. K. O. 11.288.

*Dr. LEON LAKNER, Poznań.*

# W sprawie zakażenia ustnego u dzieci

Wyjątkowe zainteresowanie problemem zakażenia ustnego świadczy, jak pilnie autorzy pracują nad wyjaśnieniem kwestji, będącej dotąd w toku badań doświadczalnych. Niezmiernie obfite piśmiennictwo dowodzi nieujednostajnionych dotąd poglądów i radzi ostrożność w wyciąganiu wniosków.

Postaram się pokrótce określić definicję zakażenia ustnego. Termin „zakażenie ustne" pozwala przyjąć istnienie jednego lub kilku ognisk zakaźnych w tkance okołozębowej, które bądź przy pomocy drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich jadów — drogą krwionośną lub naczyń limfatycznych — potrafią wywołać w jakikolwiek sposób szkodliwy wpływ na ustrój, dając w skutkach schorzenie odleglejszych części organizmu ludzkiego.

Do omawianych ognisk zaliczamy także wszelkie sprawy zapalne dziąseł, ropotok zębodołowy i schorzenia migdałków.

Jeśli chodzi o związek przyczynowy między ogniskami zapelnemi jamy ustnej mianowicie zębów i migdałków a schorzeniami ogólnemi osobnika dorosłego, to jest on lekarzom dobrze znany. Niedostateczne jednak traktowano dotąd wpływ tych ognisk na ustrój dziecka. Czuję się z tego powodu w obowiązku poświęcić tym sprawom kilka słów.

Przeglądając piśmiennictwo lekarskie, dotyczące zakażenia ogniskowego, odnosi się wrażenie, że wykrycie związku przyczynowego między ogniskami zapalnemi ustnemi a schorzeniami ogólnemi organizmu zawdzięczamy badaniom autorów amerykańskich.

Jednak już w roku 1884 Kaczorowski, naczelny lekarz Szpitala Miejskiego w Poznaniu w pracy ‚O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami" ogłoszonej w Przeglądzie Lekarskim stwierdza, że częściej aniżeli u dorosłych obserwuje się szkodliwy wpływ stanów zapalnych dziąseł na przewód pokarmowy u osesków. Autor podaje, że ograniczone nawet zapalenie dziąseł wywołać potrafi u nich zaburzenia w trawieniu połączone z gorączką i niepokojem.

Kaczorowski przypuszcza, że zapalenie dziąseł u osesków w warunkach sprzyjających, szerzyć się może *per continuitatem* na sąsiednie błony śluzowe, rozprzestrzeniając się naprzód w kierunku

języka, zajmując potem całą jamę ustną, stąd bądź na przełyk, żołądek i jelita, bądź na krtań, tchawicę i oskrzela. Autor ten miał możność stwierdzić, że niektóre przewlekłe sprawy chorobowe u dzieci cofały się równocześnie z usunięciem pierwotnego ogniska zapalnego na dziąsłach.

Podkreślić muszę, że Kaczorowski był pierwszym nietylko z Polaków ale wogóle, który zwrócił uwagę na ważność pierwotnych ognisk zapalnych jamy ustnej i ich wpływ chorobotwórczy na ustrój. Niestety Kaczorowski jest stosunkowo mało znany w Polsce jako twórca teorji o zakażeniu ustnem, jakkolwiek cytują go autorzy wielu prac niemieckich.

Zdaniem Lewy'ego nie ulega wątpliwości, że choroby zakaźne dzieci biorą swój początek w ogniskach zębowych częściej, aniżeli się ogólnie sądzi. Znany jest fakt, że w niektórych przypadkach chorób zakaźnych wyleczenie zębowego ogniska zapalnego powoduje cofnięcie się sprawy zakaźnej ogólnej. Istnienie podobnych ognisk zapalnych u dzieci nie ulega żadnej kwestji. Lewy podnosi, że staranie i właściwa hygjena uzębienia mlecznego są decydującemi czynnikami w zapobieganiu chorobom zakaźnym ogólnym.

Pässler przedstawił na 42 Kongresie Medycyny Wewn. listę schorzeń, których etjologję szukać należy w ogniskach zębowych. Podaję z niej tylko ważniejsze choroby wieku dziecięcego: gościec stawowy, anginę, zapalenie węzłów limfatycznych, zołzy, stany podgorączkowe, zapalenie wsierdzia, zaburzenia w przemianie materji, zaburzenia psychiczne i nerwowe, jak zwiększona pobudliwość, stany lękowe, trądzik, wyprysk, pląsawicę, neuralgję, zapalenie nerek, zapalenie spojówek i powiek, zapalenie tęczówki, niedokrwistość.

Stein na 41 przypadków reumatyzmu o etjologji zębowej znalazł 18 przypadków zakażeń ogniskowych zębów mlecznych, 22 zębów stałych, w jednym przypadku grały rolę oba uzębienia.

Nie bez znaczenia są doniesienia takich autorów, jak Spanier, Lust, Händel. Spanier uważa, że nie może już być wątpliwości co do istnienia ognisk zapalnych w jamie ustnej dziecka.

Ustrój dziecka jest, jak powszechnie wiadomo, bardzo wrażliwy na sprawy zakaźne (angina, błonica, szkarlatyna i t. d.). Najprawdopodobniej nie wytworzył on jeszcze w tym okresie życia odpowiednich ciał odpornościowych.

Wyżej wymienieni autorzy opisują przypadki, w których klinicznie rozpaznano ostry lub podostry gościec wielostawowy u pacjentów w wieku od lat 3 do 7. W przypadkach tych obserwowano kolejne

zajęcie stawów drobnych, jak nadgarstkowego i większych, jak kolanowego kręgosłupa. Objawy te były zespolone z obrzękiem i bolesnością. Ciepłota ciała wahała się w granicach między 37,6° a 39°C. Stosowanie środków salicylowych i innych przeciwgośccowych nie dało żadnych rezultatów. Po usunięciu podejrzanych ognisk w postaci zębów próchnicowych uzyskiwano we wszystkich przypadkach cofnięcie obrazu chorobowego i ogólną poprawę samopoczucia dziecka.

Podobnie Königsberger opisuje przypadek 6-letniego chłopca o wybitnie lichem uzębieniu mlecznem i objawach stanu podgorączkowego. Ciepłota ciała wynosiła 38,2°C. Gdy stosowanie środków lekarskich wyniku nie dało, usunięto zęby próchnicowe. Skutek był nadzwyczajny, dziecko wróciło szybko do zdrowia. Tenże autor podkreśla spostrzeżenia Pässlera i Möllera o związku przyczynowym między daleko idącą próchnicą zębów mlecznych, a zapaleniem gośccowem wielostawowem. U pewnego dziecka 5-cio letniego o objawach zapalenia wsierdzia, po usunięciu próchnicowych zębów mlecznych stwierdzono zmniejszenie szybkości opadania krwinek z 88 mm na 14 mm w ciągu jednego tygodnia.

Pozwolę sobie przytoczyć także własne spostrzeżenia, wychodząc z zasady, że każdy nowy przypadek zapalenia ogniskowego u dzieci wniesie coś nowego do sprawy. Ograniczam się do podania 3 przypadków.

Przypadek I. dotyczył 6-cio letniego chłopca. Dotychczas nie chorował. W połowie października 1933 r. ciepłota ciała podniosła się, pozatem wystąpiły bóle stawów rąk i stóp. Ciepłota całemi tygodniami podgorączkowa, 37,3° do 37,7°C. i mimo stosowania środków leczniczych nie okazywała tendencyj zniżkowych. W moczu białka nie stwierdzono. Płuca, migdałki, krtań bez zmian. W jamie ustnej, w wyrostku zębodołowym w okolicy prawego drugiego zęba trzonowego mlecznego zauważono ujście przetoki, z której przy ucisku wydobywała się treść ropna. Drugi lewy ząb trzonowy okazał się również dotknięty ciężką próchnicą i był wrażliwy na ucisk. Na życzenie pedjatry oba zęby usunąłem. Po ekstrakcji po paru dniach nastąpiła znaczna poprawa, ciepłota opadła, objawy ze strony stawów znikły.

Przypadek II. dotyczył chłopca 7-mio letniego. Jak w powyższym przypadku tak i tu objawy szły w kierunku ostrego zapalenia

gośćcowego wielostawowego: bóle członków, ciepłota podgorączkowa, brak apetytu i t. p. Gdy leczenie ogólne sprawy nie poprawiło, na życzenie ojca — lekarza — usunąłem 3 zęby próchnicowe o obumarłej miazdze. W krotce nastąpiło wyleczenie. Ciepłota wróciła do normy, a bóle stawów ustąpiły.

Dlatego, że w obu przypadkach ekstrakcja dała trwałe wyleczenie i że dokładne badanie nie stwierdziło innego ogniska pierwotnego, śmiem twierdzić, że w przypadkach tych etjologji schorzeń szukać należy w zapalnych ogniskach zębowych mlecznych.

Przypadek III. najciekawszy, dotyczył dziewczynki półtorarocznej. Wywiady wykazały co następuje: rodzice zdrowi, dziecko jakkolwiek od urodzenia wątłe, dotychczas nie chorowało. Od pewnego czasu zaznaczyło się osłabienie, brak apetytu. Ciepłota ciała 37,3° do 37,6° C. Migdałki, krtań, uszy, serce, płuca, narządy jamy brzusznej bez zmian. Mimo energicznego podawania środków leczniczych poprawy nie osiągnięto. Ojciec dziecka przywiózł dziewczynkę do mnie, gdyż zauważył zły stan jej uzębienia. Już sam wygląd zewnętrzny świadczył o ciężkim stanie dziecka. Mała, o skórze barwy zielonkawo-bladej, była silnie wychudzona i osłabiona tak, że nie mogła sama utrzymać główki. W szczęce górnej wszystkie dotąd wyrznięte zęby były dotknięte silną próchnicą, a kanały korzenia wypełnione były cuchnącą masą zgorzelinową. Dziąsła wykazywały stan zapalny, błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, pokryta w niektórych miejscach, przeważnie na podniebieniu, siwemi, nie zdejmującemi się nalotami. W szczęce dolnej wszystkie zęby były niedorozwinięte, bezszkliwne, o kolorze ciemno-brunatnym, ale żyjące.

Na prośbę ojca i ze względu na ogólny ciężki stan dziecka zdecydowałem się na usunięcie wszystkich korzeni mlecznych w szczęce górnej. Już w parę dni ciepłota opadła, a dziewczynka przychodziła do sił. Sam miałem sposobność przekonać się, że rany goją się szybko, a stan zapalny dziąseł i podniebienia znikł całkowicie. W parę tygodni, mimo utrudnionej możności żucia, stwierdzono u dziecka przyrost wagi, apetyt wzrósł, samopoczucie dobre. W ciągu lat mogłem stwierdzić, że zmiana uzębienia dokonywała się normalnie. Dziewczynka liczy dziś lat 15 i cieszy się zupełnem zdrowiem. Nawrotów nie było. Uzębienie stałe jest silne i dobrze rozwinięte, łuk zębowy górnej szczęki prawidłowy.

Przypadek ten wykazuje jasno, że niektóre zakażenia mają swój początek w ogniskach zębów mlecznych i przeoczenie tego faktu, mimo energicznego stosowania środków lekarskich, oczywiście sprawy nie poprawi.

Przejdę skolei do omówienia możliwości zakażenia ogniskowego u dzieci na podstawie własnych badań.

Jak wiemy, płód ludzki w warunkach normalnych jest wolny od bakteryj. Bezpośrednie zetknięcie się jego ze światem drobnoustrojów ma miejsce w chwili urodzenia, przy przejściu płodu przez kanał rodny matki. Pierwszy wdech noworodka pokrywa bakterjami błonę śluzową dróg oddechowych, a pierwszy pokarm zakaża drogi pokarmowe. G i n s nie przeczy możliwości obecności bogatej flory bakteryjnej na błonach śluzowych jamy ustnej jeszcze przed wykłuciem się pierwszego zęba mlecznego. Musimy przyjąć nietylko teoretyczną możliwość istnienia bakteryj saproficznych lecz i drobnoustrojów chorobotwórczych w jamie ustnej osesków.

Postawiłem sobie za cel zbadać jakość flory bakteryjnej jamy ustnej u dzieci przed i podczas ząbkowania mlecznego, ustalić tą drogą możliwość zakażenia ogniskowego u dzieci i usprawiedliwić w ten sposób wyżej cytowane przykłady autorów i własne.

Mimo skrupulatnych poszukiwań nie znalazłem, podobnych badań w literaturze polskiej, stąd uważałem za stosowne podzielić się mojemi dotychczasowemi wynikami, zastrzegając sobie możność ogłoszenia wniosków końcowych gdyż dalsze badania są w toku. Po ukończeniu badań przedstawię wyniki w osobnej publikacji, gdzie także podam szczegóły metodyki badań.

Nie zajmując się tu opisem poszczególnych przypadków postaram się dać jedynie krótki szkic dotychczasowych wyników badań u 40 dzieci w wieku od 1 dnia do 7 lat.

W polu widzenia preparatów mazanych, pochodzących z jamy ustnej 1-dniowych noworodków, stwierdza siię w każdym przypadku duże, złuszczone nabłonki z dobrze barwiącem się jądrem, z dwoinkami gramododatniemi. Czyste hodowle płynne wykazały identyczność tych bakteryj z „*streptodiplococcus oris*" K o s t e ć k i. Są to bakterje gramododatnie, układające się, jak dwoinki typu zapalenia płuc, tworząc w hodowlach płynnych krótsze i dłuższe łańcuszki. Hodowle stałe na agarze z krwią wykazywały malutkie, na kształt kropelek rosy, układające się kolonje żółtawo-zielonkawe. Szczepienie białych myszek objawów chorobowych nie wywołało.

Już w materjale pobranym u osesków 3-dniowych stwierdziłem drobnoustroje chorobotwórcze w postaci *gronkowca białego, cytrynowego* oraz rzadziej *ropotwórczego złotego*, nie mówiąc o czworaczkach gramododatnich i drożdżach. W jednym przypadku wyhodowałem czystą kolonję *bacilli mesenterici*. Opisana flora bakteryjna nie zmienia się jakościowo, a wyłącznie w kierunku ilościowym, aż do okresu pierwszego ząbkowania, jak to już podkreślał Kostečka.

Podczas wykłuwania się zębów mlecznych zjawiają się bakterje beztlenowe, jakkolwiek w miernej ilości: *nitkowce, krętki, bakterje wrzecionowate*. Z bakteryj chorobotwórczych wyhodowano z materjału pochodzącego z tego okresu: *gronkowca białego, cytrynowego i złotego, paciorkowce gramododatnie* oraz niechorobotwórcze *dwoinki gramododatnie* typu dwoinek zapalenia płuc.

W jednym przypadku, tyczącym się dziecka 8-mio miesięcznego, wyhodowałem zjadliwy typ *paciorkowca hemolitycznego*.

W związku z omawianą kwestją chciałbym zwrócić uwagę na szeroko uwarunkowaną możliwość powstawania zakażenia ustnego w wieku dziecięcym zalegającemi chorobotwórczemi bakterjami.

Jak miałem możność stwierdzić, wzrasta podczas ząbkowania ilość bakteryj chorobotwórczych. Drobnoustroje te drogą ubytków próchnicowych poprzez jamę miazgi i kanały korzenia, mogą sprowadzić stany zapalne okołoszczytowe, dając typowe ognisko zakażenia, skąd w myśl definicji „oral-sepsis" bakterje lub ich jady drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych dać mogą obserwowane przezemnie i innych autorów wyżej opisane stany gorączkowe, dzięki pewnej wybiórczej lokalizacji drobnoustrojów, czy zmniejszonej odporności miejscowej, usadawiać się mogą w odległych narządach

Z powyższego dadzą się wysnuć następujące wnioski:

Możemy powiedzieć, że uzębienie mleczne winno zwrócić uwagę tak lekarzy chorób dziecięcych, jak i stomatologów. Nie można wątpić, że istnieją przypadki, w których po usunięciu zapalnego ogniska zębowego, stwierdza się trwałe wyleczenie schorzałych narządów. Należy dążyć do tego, ażeby wypełnić najmniejsze chociażby uszkodzenia zębów mlecznych przez próchnicę, a w każdym przypadku działać możliwie jaknajszybciej, by uchronić miazgę zęba.

Łącząc więc wszystkie momenty, które mają pewne znaczenie dla zachowania jakości uzębienia mlecznego i które zapobiegają przed powstaniem zapalnych ognisk zębowych, należy zauważyć co następuje:

1) Największym wrogiem uzębienia mlecznego jest p r ó c h n i c a. Stąd gronkowce i paciorkowce drogą krwi i naczyń limfatycznych mogą dać początek sprawom zakaźnym. Podobnie powstać może angina, zapalenie jamy ustnej, dziąseł i migdałków.

2) Rozpadła miazga i ropne procesy, toczące się u szczytu korzenia, są nietylko sprawą miejscową ale tworzą także niebezpieczne ogniska zapalne.

3) Celem opieki lekarskiej winno być o ile tylko możliwe utrzymanie całości uzębienia mlecznego. Każde najmniejsze uszkodzenie próchnicowe winno być leczone i to jak najśpieszniej.

4) Usuwanie zębów mlecznych należy dokonywać tylko w wyjątkowych przypadkach. Do przypadków takich możemy zaliczyć zębowe zakażenie ustne. Z mego punktu widzenia nie należy niepotrzebnie tracić czasu na zachowawcze leczenie zgorzelinowych zębów mlecznych, gdzie cały organizm jest w niebezpieczeństwie. Chore zęby, wykazujące daleko idącą próchnicę i przewlekłe ropnie okołozębowe, należy bezwzględnie usuwać. Jeśli w tych przypadkach konieczna jest ekstrakcja, ubytek należy wypełnić szyną (Lückenhalter niemieckich autorów), która zapobiega zbliżaniu się zębów sąsiednich ku sobie i ustala miejsce, przez naturę przeznaczone dla wykłuwającego się zęba stałego.

## STRESZCZENIE.

Autor po określeniu definicji „zakażenia ustnego" zwraca uwagę na zapomnianego K a c z o r o w s k i e g o, który wydaje się mu być ojcem nauki o zakażeniu ustnem.

Omawia i popiera przypadkami z literatury i własnemi możliwość zakażenia zębowego u dzieci.

W końcu pracy znajdujemy dotychczasowe wyniki badań bakterjologicznych flory drobnoustrojowej jamy ustnej u dzieci przed i podczas ząbkowania mlecznego. Autor doszedł do ciekawych wyników, stwierdził bowiem kilka gatunków bakteryj chorobotwórczych w jamie ustnej dzieci, które najprawdopodobniej drogą ubytków próchnicowych dać mogą zmiany okołoszczytowe i stąd dzięki, czy to wybiórczej lokalizacji drobnoustrojów, czy zmniejszonej odporności sprowadzić mogą wyżej cytowane zmiany opisanych przypadków schorzeń ogólnych wieku dziecięcego.

## ZUSAMMENFASSUNG.

Nach einer kurzen Definition der Oral-Sepsis erwähnt der Verfasser T. v. Kaczorowski, der bereits im Jahre 1884 über die Erkrankungen von Kindern infolge einer Mundinfektion sich geäussert hat. T. v. Kaczorowski dürfte demnach der erste Arzt sein, der überhaupt dieses Thema berührt hat.

Auf Grund eigener Fälle, bakteriologischer Untersuchungen und Literaturverzeichnises sucht der Verfasser den Beweis zu erbringen, dess eine Fokalinfektion bei Kindern öfters festgestellt werden kann. Bakteriologische Untersuchungen des Verfassers bis ca 40 Kinder im Alter von 1 Tage bis 7 Jahren erbrachten den Beweis, dass bereits vor der Zahnung pathogene Bakterien wie Staphylo, Strepto und Diplokokken im Munde vorhanden sind. Entzündungen des Zahnfleisches und spätere apikale Herde können demnach Erkrankungen des kindlichen Organismus hervorrufen.

### PIŚMIENNICTWO.

1). *Gins.* Bakteriologie für Zahnärzte, 1934.
2). *Gundel M.* Zentralblatt für Bakteriologie, 1925, Nr. 45, 21, 2
3). *Kostecka.* Zubni lekarstvi, 1924, Nr. 1. i 1923, Nr. 11.
4). *Königsberger.* Kinderärztliche Praxis, 1933. S. 126.
5). *Lakner.* Z. f. Stomat. 1935. H. 11.
Nowiny Lekarskie 1934, zesz. 11.
" " 1935, " 2.
6). *Lewy.* Zahnärztliche Rundschau 1930, S. 583.
7). *Lust, Spanier.* Deutsch. Med. Wochschr. 1930, S. 1038.
8). *Spanier.* Deutsche Zahnaarztl. Wochschr. 1930, S. 1075.
9). *Lust, Handel, Spanier.* Zahnärztl. Rundsch.
10). v. d. *Osten Sacken.* Deutsche Zahn-Mund- u. Kieferheilkunde B. I. H. 3.
11). *Pässler.* cyt. p. v. d. Osten Sacken.
12). *Stein.* cyt. p. v. d. Osten Sacken.

Z kliniki protetyki dentystycznej
Akademji Stomatologicznej w Warszawie.

# Przęsło usztywniające przy mostach stałych, jego budowa, rola i stosunek do podłoża

Podał
*Zast. prof. Dr. med. WITOLD CYBULSKI,*
*Kierownik Kliniki.*

Od czasu zastosowania mostów, jako uzupełnienia brakującego uzębienia, zjawiła się prawie równolegle troska o utrzymanie równowagi statycznej całości zgryzu. Już krótki okres obserwacji skutków noszenia i używania mostów stałych, dziś określanych mianem dostawek fizjologicznych, wykazał, że nie jest to bynajmniej obojętne ani jakie zęby uzupełnia most, ani jaką ilość, ani też w jaki sposób jest zbudowany.

Doświadczenia wykazały, że przy budowie mostów musimy uwzględniać nietylko obecność filarowych zębów, ale ich stan, jak również stan oprawy ich kostnej, ozębnej i wyrostka zębodołowego. Nie da się tu ominąć również i rozmieszczenie zębów filarowych. Praktyka jednak wskazuje, że nie wszystkie z tych wymienionych warunków są możliwe do spełnienia i, że w pewnych okolicznościach trzeba liczyć na sprzyjające warunki lub też niekorzystnym momentom przeciwdziałać. W tych to okolicznościach protetyka starała się zmniejszyć wpływy szkodliwe, wynikające już z samej fizjologji jamy ustnej, przez sposoby konstrukcyjne dostawek stałych, mostów.

Jednym z takich sposobów było włączenie większej ilości zębów jako filarów do konstrukcji mostów, naturalnie przy budowie mostów o rozleglejszem przęśle, uzupełniającem 3 do 4 zębów. Sposób ten niewątpliwie miał wiele podstaw zupełnie słusznych, prowadził jednak do celu zawsze drogą zbyt wielkich ofiar przez włączenie zdrowych zębów, jako filarów do mostu, co znowóż pociągało za sobą znaczne uszkodzenie substancji zęba przez oszlifowanie go i co za tem idzie, narażenie na wszelkie, tak dobrze znane, następstwa uszkodzenia tkanki zęba. Sposób ten ma jednak pewne usprawiedliwienie statyczne. Mianowicie, jeśli do mostu bocznego włączymy kieł lub ząb, centralnie od niego stojący, to wówczas wyważanie boczne, zupełnie zrozumiałe przy ruchach żujących szczęk, zostaje poniekąd zamortyzowane przez opór sił, jakie przedstawia znacznie

większe nawarstwienie kości zębodołowej w kierunku płaszczyzny czołowej. To wzajemne działanie usztywniające zębów, ustawionych w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej, jeszcze wybitniej występuje w mostach okrężnych lub też półokrężnych, t. j. obejmujących odcinek strzałkowy z jednej strony, oraz odcinek czołowy. Nie wyłącza to jednak przy żuciu ruchów w płaszczyźnie strzałkowej, gdyż występuje tu sprężynowanie mostu i poddawanie się ku policzkowi obu skrzydeł.



Rys. 1
Most usztywniający szeregi zębów w kierunku strzałkowym i czołowym.

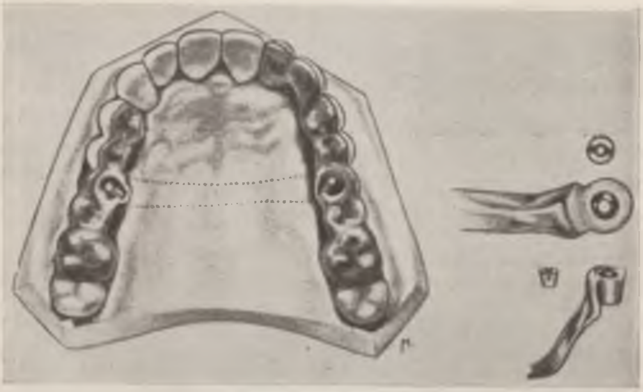


Rys. 2.
Przęsło usztywniające dwa mosty boczne, stale złączone z koronami mostów.

Drugi sposób usztywniania mostów polegał na zastosowaniu przęsła, biegnącego przez podniebienie i łączącego mosty po obu stronach szczęki ze sobą w ten sposób, że kiedy jeden ulegał zbyt wielkiemu wychyleniu policzkowo, to drugi stawiał opór podniebiennie już przez sam masyw kostny, jaki przedstawia kość podniebienna w stosunku do cienkiej blaszki policzkowej. Statycznie problem był przez zastosowanie takich przęseł dodatnio rozwiązany. Gorzej przedstawiała się natomiast ich strona kliniczna. Przęsło, zlutowane z koronami filarowemi mostu, zostawało wraz z niemi umieszczone na stałe, co pociągało za sobą pokrycie pewnego odcinka błony śluzowej podniebienia stale przez przęsło. Przęsło zaś na to, żeby swą funkcję usztywniającą spełniło, musiało być odpowiednio szerokie, gdyż wzmocnienie go kosztem grubości lub też przez użycie zbyt zaokrąglonego przekroju nie wchodziło poważnie w grę ze względu na przykrość, jakąby sprawiało pacjentowi. Takie przęsło o szerokości wahającej się od 3 do 6 mm. stawało się magazynem złuszczonego nabłonka, oraz resztek pokarmowych, które wraz z śliną dostawały się w tę włosowatą bezmała przestrzeń między przęsłem i śluzówką. Tak złuszczony nabłonek, jako też resztki pokarmowe fermentowały w miejscach nagromadzenia co występowało tem intensywniej, im szersze było przęsło, w rezultacie doprowadziło do podrażnienia śluzówki, stanu zapalnego wraz z towarzyszącem mu przekrwieniem. obrzękiem, a w następstwie odleżyną. lub też nawet owrzodzeniem, przy przęśle występującem. Stan zapalny naturalnie nie mógł ustąpić tak długo, jak długo przyczyna podrażnienia pośrednia — t. j. p r z ę s ł o — nie została usunięta, jedyną zaś drogą usunięcia przęsła było przecięcie go lub też zdjęcie wraz z koronami mostu, jednem słowem zrujnowanie całej konstrukcji. Były to rzadkie przypadki, gdy można było wyleczyć zapalną śluzówkę pod przęsłem za pomocą zachowawczych zabiegów. Trzeba nadmienić, że punktem wyjścia zapalenia koło przęsła najczęściej bywały drobne starcia nabłonka przez pokarmy wciskane ruchami języka między przęsło i śluzówkę. gdy zaś już raz zło się zaczęło, trudno było powstrzymać bieg wypadków, błędne koło jakie się tu zaczynało znajdowało koniec w zdjęciu lub co najmniej zrujnowaniu całej konstrukcji.

Nic też dziwnego, że protetycy, widząc smutne rezultaty swych wysiłków, pracowali nad tem, żeby przęsło usztywniające uruchomić, i w ten sposób umożliwić, w razie zapalenia leżącej pod nim śluzówki, zdjęcie go i po wyleczeniu ponowne założenie. Chcąc dogodzić coraz to bardziej zaostrzającym się wymaganiom hygjeny trzeba było stworzyć takie przęsło, któreby się łatwo dawało zdejmować, oczyszczać

i zakładać, bez szkody dla uzębienia i mostów. Takie stanowisko zajął Rumpel, który zastosował przęsło przyśrubowane. Przęsła takie jednak były konstrukcją bardzo trudną do wykonania i zastosowania, wszelkie manipulacje ze zdejmowaniem i zakładaniem wymagały również niezwykłej wprawy i zręczności. Zdejmowanie przęsła i zakładanie go z powrotem musiał wykonywać sam protetyk, a i to natrafiało



Rys. 3.
Przęsło usztywniające przyśdubowane. (Ze Schrödera: Aufgaben d. zahnaerztlichen Prothetik).

niejednokrotnie na tak znaczne trudności, że w rezultacie cała konstrukcja ulegała zniszczeniu. Mianowicie gwinty śrubek, tak małych w swych wymiarach i tem samem delikatnych, mało tego, sporządzonych ze zbyt miękkiego materjału, jakiem było złoto 18 karatowe nie poddane obróbce cieplnej, ulegały zatarciu, zgnieceniu i nie dawały się zbyt długo używać, ich nacięcie ulegało żmiażdżeniu przez dłutko, sam proces żucia zacierał główkę śrubki i w ten sposób z tej ostatniej powstawał ćwiek z zanitowaną, zatartą główką, której już odkręcić nie było można i w razie potrzeby można było tylko wraz z całą konstrukcją zdjąć.

Niewątpliwie znacznym postępem w budowie przęseł było zastosowanie patentowanych zasówek z twardego stopu złotego przy przęsłach usztywniających. Pozwalały one znacznie łatwiej zdjąć przęsło i założyć je, choć nie były pozbawione niebezpieczeństw zatarcia i w ten sposób unieruchomienia całego aparatu. Pozatem wszel-

kie zasówki pogrubiały samą konstrukcję tak znacznie, że stawały się dla pacjenta wielce uciążliwe. Pomysły te możliwe były do zastosowania jedynie wtedy, jeżeli a priori protetyk, sporządzający dostawki brał pod uwagę możliwość powstania przeciążenia zębów filarowych i w ten sposób uszkodzenia tkanki ozębnej i kostnej. Do mostów już założonych żaden z tych pomysłów nie dawał się zastosować.

Rozwój techniki odlewniczej i zastosowanie stopów złotych twardych, sprężystych, podatnych na obróbkę cieplną, pozwolił na sporzą-



Rys. 4.
Przęsło usztywniające według Richelmana. (Z Partscha t. III).



Rys. 5.
To samo przęsło w schematycznym rysunku (Z Partscha t. III.

dzenie wielu innych konstrukcyj, jakie z braku odpowiedniego materjału poprzednio zawsze zawodziły. Rozwijając pomysły Richelmana, zastosowałem w przypadkach, wymagających poprzecznego usztywnienia, konstrukcję wyzyskującą dotychczasowe doświadczenia protetyki i zarazem pozwalającą na zastosowanie w każdym przy-

padku, tak do konstrukcji mostów dawno założonych, jako też do nowo budowanych, mogących dać wzmocnienie nawet przy jednostronnych mostach, gdyż oparcie po stronie przeciwnej znajdywały w naturalnych zębach. W tym celu zastosowałem obustronnie zaczepki lane, budowane wedle ogólnie znanych prawideł, które zaczepiały się o most i korony filarowe i następnie łączyły się z przęsłem. Konstrukcję taką, łatwą do wykonania mógł w każdej chwili sam pacjent zdjąć, wyczyścić i założyć, nie potrzebując uciekać się do pomocy lekarza. Co więcej można ją było codziennie wyczyścić podobnie, jak to czynimy z dostawkami ruchomemi. W gruncie rzeczy przęsło takie jest jedynie częścią dostawki szkieletowej ruchomej, zastosowaną wtedy, gdy sprzyjające warunki pozwalały na zbudowanie dalszej części pod postacią nieruchomych protez fizjologicznych.

Konstrukcja przęsła usztywniającego daje się rozdzielić na dwie części mianowicie: na konstrukcję samego przęsła i konstrukcję zaczepek. Zaczepki mogą być użyte bardzo różnorodne, muszą jednak spełniać jeden warunek, to jest muszą być sporządzone z materjału sprężystego, nie ulegającego zniekształceniom przez zdejmowanie i zakładanie, oraz twardego, żeby zbyt szybko występujące starcie nie powodowało samoistnego obsuwania się przęsła. W konstrukcjach, uwzględniających zgóry zastosowanie ruchomego przęsła usztywnia-



Rys. 6.
Przęsło usztywniające dwa mosty boczne, do zdejmowania, uchwyt stanowią zaczepki lane.



Rys. 7.
To samo założone na mosty.

jącego wskazane jest również przy budowie koron i przęseł mostu użycie materjału t w a r d s z e g o, któryby nie ulegał łatwo starciu, n. p. s t o p ó w z ł o t o p l a t y n o w y c h.

Odnośnie do kształtu zaczepek stosujemy zaczepki lane modelowane zależnie od okoliczności, albo jako zaczepki na odosobniony ząb, albo na koronę i przęsło mostu pod postacią zaczepki podwójnej, albo też w przypadkach tego wymagających, jako zaczepkę bieżącą wzdłuż całego mostu po stronie policzkowej i zamykającej się po stronie językowej, albo zbiegającej się swemi ramionami do wewnątrz dopiero na podniebieniu w miejscu połączenia w jedno pasmo. Zaczepki takie, jak wspomniałem, mogą być zastosowane równie dobrze na mosty, jak też przy jednostronnych mostach na naturalne zęby.

Przęsło musi być zbudowane przy uwzględnieniu jego roli, jako regulatora statyki zgryzu, obecność ciała obcego w jamie ustnej i hygjeny. Rola przęsła polega na ograniczaniu do minimum szkodliwego wpływu, jaki funkcja fizjologiczna zgryzu t. j. żucia wywiera i zawsze wywierać musi na zęby, służące jako filary rozległych mostów. Jeżeli weźmiemy pod uwagę moment działania sił żucia, kiedy kąsek pokarmu dostaje się na powierzchnię mostu, widzimy że, uwzględniając mniejwięcej regularne warunki zgryzowe, zęby, względnie most górny, jest siłą żucia wypychany ku policzkowi, a więc na zewnątrz podczas, gdy dolny wychyla się ku wewnątrz. Ten powtarzający się ruch, zwłaszcza silnego akcentu nabierający przy właściwych ruchach



Rys. 8.
Przęsło usztywniające jeden most boczny, uchwyt zaczepkami lanemi, z drugiej strony uchwyt klamrą ciągłą za koronę złotą na zębie 6.

żyjących, odbywających się w płaszczyźnie poziomej, a więc przy ruchach bocznych żuchwy, siłą swej częstotliwości zaczyna ujemnie oddziaływać na oprawę zębów, na tkankę ozębną i kostną zębodołu i wyrostka zębodołowego, wywołując stan zapalny tkanek okołozębnych, ich zwiotczenie, odstawanie od zęba, zanik, głębokie kieszonki okołozębne, jednem słowem typowy obraz urazowego zapalenia tkanek okołozębnych o charakterze przewlekłym. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest zaburzenie równowagi statycznej zgryzu przez nadmierne obciążenie zębów filarowych funkcją zębów brakujących, przez most uzupełnionych. Ostatecznym zaś skutkiem jest najczęściej utrata mostu wraz z zębem filarowym, często bez możności budowy innego uzupełnienia, prócz ruchomego. Przęsło, budowane w takich przypadkach,



Rys. 9.
To samo założone na most.

ma za zadanie przeciwstawić się ujemnym wpływom rozległych mostów, ma usztywnić mosty, uniemożliwić im ruchy na zewnątrz, a w każdym razie wedle możności ograniczyć. Przęsło może tu działać 1) swym kształtem, 2) miejscem przyczepu do mostu, 3) materjałem, z jakiego jest sporządzone. Kształt przęsła musi uwzględnić dwa momenty, stosunek do podłoża i mechaniczne jego działanie. Kształt ze względu na podłoże byłby najodpowiedniejszy, jak najmniejszą płaszczyzną stykający się z błoną śluzową podniebienia. Wykładnikiem takiego kształtu byłby przekrój drutu okrągłego, dający również najlepsze efekty mechaniczne. Inaczej przedstawia się jednak sprawa praktycznego zastosowania, gdyż przęsło takie odstawałoby od poziomu całego podniebienia, utrudniałoby mowę, jak również połykanie pokarmów, które zatrzymywałyby się na takiej zaporze i zachodziłyby pod nią zmuszając do zdejmowania i wyczyszczania przęsła.

Dużo praktyczniejsze jest przęsło o przekroju owalnym, osią podłużną owalu równoległą do płaszczyzny podniebienia. Statyczne rozwiązanie jest tu bez mała takie same, jak poprzednio, natomiast wrażenia noszącego je pacjenta są bezporównania przyjemniejsze, język nie trafia na przeszkodę i pokarmy łatwiej prpześlizgują się do przełyku.

Trzecią formą przęsła, jest przęsło, odlewane według modelu woskowego, wymodelowanego na odlewie gipsowym. Wówczas strona zwrócona do błony śluzowej przedstawia powierzchnię płaską, strona

zaś przeciwna lekko wypukłą. Strona płaska nigdy nie jest dokładnym odlewem powierzchni błony śluzowej, gdyż musimy ją modelować na podkładzie z folji, a to celem uniknięcia zbyt wielkiego nacisku na śluzówkę, który zwłaszcza przy stanach jakiegoś przekrwienia mógłby poprowadzić do komplikacyj. Przęsła lane zależnie od okoliczności mogą obejmować nawet szerszy pas błony śluzowej, tak jak to niejednokrotnie spotykamy w dostawkach szkieletowych. Miejsce przyczepu odgrywa ważną rolę statyczną. Jeżeli weźmiemy przypadek o dwóch symetrycznie rozmieszczonych mostach skrzydłowych, to zobaczymy, że największe wychylenia dadzą się zauważyć przy ruchach bocznych w obrębie zębów, leżących najdalej od środka ku tyłowi. To też wybierając miejsce przyczepu, musimy je umieścić tak, żeby najsilniejsze jego działanie wypadało na drugi i trzeci odcinek mostu. W przęśle wyżej przytoczonem, gdzie właściwie miejsca przyczepu nie mamy, zadanie to musi spełnić zaczepka przez swe spojenie z przęsłem środkowem. Jeżeli zaczepki są dwie po każdej stronie szczęki, prowadzą do nich wązkie wąsy, które zlewają się w jedno przęsło szersze. Im dalej ku tyłowi, im bliżej podniebienia miękiego tem silniejsze działanie usztywniające przęsła, dlatego też staramy się zbliżyć je do krawędzi podniebienia twardego. Jeżeli zaczepka obejmuje z jednej strony tylko jeden ząb trzonowy, połączenie jej z przęsłem zaczyna się bezpośrednio i bierze kierunek odpowiedni największemu usztywnieniu. Przy zaczepkach bieżących, obejmujących czyto cały most, czy też szereg zębów, wybór miejsca złączenia z przęsłem nie natrafia na trudności i jest dyktowany typograficznemi warunkami podniebienia.

M a t e r j a ł, z jakiego możemy tak zaczepki, jak przęsło samo sporządzać musi być sprężysty nie poddawać się, a więc być dostatecznie sztywny. Złoto 18 karatowe zamało odpowiada tym warunkom, wskutek czego musi być użyte odpowiednio grube, co znowuż jest przykre dla pacjenta. Odpowiednie są s t o p y z ł o t e 18 k a r a t o w e z 5 — 6% p l a t y n y poddane obróbce cieplnej. Pozatem wchodzi również w grę s t a l n i e r d z e w n a.

Reasumując powyższe widzimy, że wszelkie przęsła usztywniające, lutowane z mostami, łączone za pomocą śrub i patentowanych zasów mogą być zastąpione przęsłem z uchwytem zapomocą zaczepek lanych. Przęsła te są ruchome, zdejmują się łatwo, wskutek tego są hygjeniczne i nie grożą komplikacjami. Ujemną stroną tego sposobu stanowi rozluźnianie się zaczepek wskutek ścierania podczas ruchów

tak zaczepki samej, jak również korony, zwłaszcza jeśli ta ostatnia jest sporządzona ze złota znacznie miększego (22 kar.).

PIŚMIENNICTWO.

1). *Partsch, Bruhn, Kantorowicz.* Handbuch d. Zhkd. t. III.
2). *Schroeder H.* Ueber die Aufgaben der zahnaerztlichen Prothetik. Berlin 1927.
3). *Kennedy E.* Partial denture construction. New York, 1928.
4) *Hauptl* u. *Reichborn Kjennerund.* Moderne zahnaerztliche Kronen und Brueken arbeiten. Berlin 1929.

# Walka o formę, a nie o treść w studjach stomatologicznych

Zawód lekarsko-dentystyczny łączy w sobie specjalistów w zakresie leczenia chorób jamy ustnej, którzy odbyli studja ogólno-lekarskie i nazywają się stomatologami oraz lekarzy dentystów, deklarujących się odrazu do specjalnych studjów zawodowych przy wstępowaniu na wyższą uczelnię. Obecność w zawodzie ugrupowań stomatologów i lekarzy dentystów prowadzi do ciągłych tarć cichych, a częstokroć i jawnych między nimi. Zakres pracy zawodowej w obu ugrupowaniach jest identycznie ten sam. Walka o byt zrodziła tło walki między ugrupowaniami i wrogie wzajemne ustosunkowanie się.

Po przemianowaniu Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną, miejscowe władze uczelni uznały za wskazane zmienić również i brzmienie tytułu nadawanego swym wychowankom. Zastanawiając się nad istotą zakresu pracy zawodowej, doszło się do wniosku, że nazwa lekarza dentysty ujmuje raczej pojęcie leczenia samych tylko zębów, a nie całości jamy ustnej. Ponieważ wychowankom Akademji dana jest możność leczenia wszystkich chorób jamy ustnej uznano, że nazwa lekarz stomatolog odpowiada lepiej stanowi faktycznemu.

Zdawałoby się, że ujednostajnienie nazwy zawodowej powinno wy-

równać wszelkie waśnie i zjednoczyć zawód w imię wspólnych celów i dążeń.

Niestety, wystąpił rychło sprzeciw, zainicjowany przez głosicieli w kraju i na terenie międzynarodowym zagranicą haseł pojednawczych, mających doprowadzić do zlania się wrogich ugrupowań w jedną całość. Wysunięto pojęcie, jakoby nazwa stomatolog (specjalista chorób jamy ustnej) związana była ściśle z przebytemi uprzednio studjami medycznemi.

Posługiwanie się nazwą stomatolog stało się modne w niedawnych czasach. W roku 1930 pismo „Polska Dentystyka", wychodzące we Lwowie, zmienia nazwę na „Polska Stomatologja". W tym samym roku nastąpiło przemianowanie „Instytutu Dentystycznego". Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na Klinikę Stomatologiczną U. J. K W 1931 r. obraduje w Budapeszcie 2 — 7 IX I Kongres Międzynarodowy Stomatologów A. S. J. zainicjowany przez lekarzy specjalistów, należących uprzednio do Międzynarodowego Związku Dentystycznego F. D. I. Przekształcenie Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną odbyło się w roku 1933. Wkrótce po wprowadzeniu pewnych zmian w uczelni postawiono Akademji zarzut niedostatecznego kształcenia wychowanków w zakresie przedmiotów ogólnych przyrodniczo-lekarskich. Do walki z Akademją wystąpiły: 1). Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (memorjał do Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 5 lutego 1935 r.). 2). Związek Stomatalogów Izby Lekarskiej Lwowskiej (memorjał do Ministerstwa W. R. i 0. P. z 2.III.1935 r.). 3) Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (memorjał do Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 19.III.1935 r.) i 4). Związek Lekarzy Państwa Polskiego (uchwała XVI Walnego Dorocznego Zebrania z maja r. b.).

Codzienna prasa podała do ogólnej wiadomości komunikat: „XVI Walne Doroczne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego uchwaliło zwrócić się z prośbą do czynników miarodojnych o likwidację Akademji Stomatologicznej w Warszawie w jej obecnej postaci i włączenie studjów stomatologicznych do Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów Polskich". Jako podstawę powzięcia powyższej uchwały podała prasa: „że lekarze z Akademji Stomatologicznej nie są dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogą z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu".

Należy przypuszczać, że czyniący zarzuty nie byli powiadomieni przez informatorów o tem, że wykładowcami przedmiotów ogólno lekarskich są p.p. Profesorowie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu

Warszawskiego, a tem samem jedni z najwybitniejszych specjalistów w zakresie odnośnych przedmiotów. Osobiste walory p. p. Profesorów oraz powierzenie ich swobodnemu uznaniu, jako specjalistom, zakresu przedmiotów przez nich wykładanych daje i dać powinno najlepszą gwarancję dostosowania podawanych przez nich wiadomości do potrzeb studjów specjalnych. Po piętnastoletniem blisko doświadczeniu i niejednokrotnem uzgadnianiu wykładów spotyka p. p. Profesorów zarzut ze strony lekarzy niespecjalistów (Związek Lekarzy P. P.), którzy opierają swe pojęcia o stomatologji na odbytym w czasie studjów medycznych sześciotygodniowym kursie obowiązkowym.

Z treści uchwały Związku Lekarzy P. P. wynika dążność do przeistoczenia obecnej formy Akademji Stomatologicznej w studjum Stomatologiczne przy Wydziałach Lekarskich.

Projekt p. Prof. Cieszyńskiego, ogłoszony w POLSKIEJ STOMATOLOGJI rocznik XII. (1933 r.) Nr. X p. t.: „Nowe zadania Akademji Stomatologicznej w Warszawie", przewiduje na studjum Stomatologiczne okres 9 lat i 1 trymestr, licząc w tem na pełne studja lekarskie 6 lat i 1 trymestr, a na studja specjalizacyjne 3 lata. Studjum specjalizacyjne projektuje się prowadzić przy Wydziałach Lekarskich w Warszawie i Lwowie. Przeciw projektowi nadmiernego, a w obecnej chwili niekonsekwentnego i nierealnego, wyolbrzymiania studjów stomatologicznych, czyniących je najuciążliwszemi i najdłużej trwającemi z wszystkich studjów zawodowych, wypowiedział się Związek Docentów Stomatologji na posiedzeniach w dniach 24 i 25 listopada 1933 r. z wyjątkiem projektodawcy, a zarazem przewodniczącego prof. Cieszyńskiego. Takie ustosunkowanie się członków Związku do projektu prof. Cieszyńskiego przyczyniło się do wystąpienia projektodawcy ze Związku Docentów Stomatologji i zrzeczenia się wszelkiej dalszej współpracy „nie mogąc (według mniemania prof. Cieszyńskiego) brać odpowiedzialności za kierunek pracy i programu studjów w Akademji Stomatologicznej".

W myśl obowiązujących przepisów, odpowiedzialność za kierunek pracy i program studjów w Akademji Stomatologicznej spada na władze uczelni t. j.: Rektora, Prorektora i Ogólne Zebranie Profesorów. Zrzekanie się odpowiedzialności za to, co nie było powierzone opiece p. prof. Cieszyńskiego, jest zupełnie zbędnym motywem, mającym usprawiedliwić Jego wystąpienie i usunięcie się od wszelkiej dalszej współpracy po zrezygnowaniu przewodnictwa. W istocie więc chodziło o uzyskanie niehamowanej niczem swobody w krytykowaniu obecnych stosunków.

Memorjały przeciwko Akademji, które skierowane są do Ministerstwa W. R. i O. P. z kilku różnych stron, cechuje jedna i ta sama omyłka w przytaczaniu paragrafów ustawy, co nasuwa przypuszczenie, że akcja pochodzi z jednego źródła.

W projektach swych opiera się prof. Cieszyński na dokonanych przez siebie zestawieniach studjów według ilości godzin zajęć. Studjum Dentystyczne ujmuje cyfrą 4230 godzin, unormowaną tymczasowym statutem Państwowego Instytutu Dentystycznego, obowiązującym od 1922 r., a pełne studja lekarskie -- 5140 godzin. Obecnie studja w Akademji trwają wprawdzie jeszcze nadal 4 lata, jednakże ilość godzin według programu wzrosła do 5020. Różnica zatem w stosunku do medycyny wynosi zaledwie 120 godzin.

Forma zewnętrzna, oparta na ilości godzin, ani też prowadzenie studjów pod opiekuńczemi skrzydłami Wydziałów Lekarskich, nie stanowią jeszcze o wartości przygotowania zawodowego. W myśl rozporządzenia Ministerstwa W. R. i O. P. z dn. 7.I.1922 r., tworzącego Państwowy Instytut Dentystyczny, jako organizację przejściową, aż do chwili przyłączenia go do Uniwersytetu Warszawskiego, jako oddział Wydziału Lekarskiego, władze uczelni uczyniły starania w latach 1924 — 1927 o przyłączenie P. I. D. do Wydziału Lekarskiego. W wyniku wspólnie odbytych konferencyj porozumiewawczych, przedstawiciele P. I. D. odczuli brak zrozumienia Wydziału Lekarskiego do istotnych potrzb stomatologji (dentystyki). Władze uczelni doszły do przekonania, że podporządkowanie nauczania stomatologji Wydziałowi Lekarskiemu będzie hamulcem do rozwoju polskiej stomatologji. Starania poszły w kierunku uzyskania dla P. I. D. praw szkoły akademickiej. Pomimo protestów Wydziałów Lekarskich, uchwałą Sejmową z dnia 15 marca 1933 r. Państwowy Instytut Dentystyczny został zaliczony w poczet wyższych uczelni i na mocy ustawy przyjął nazwę Akademji Stomatologicznej. Nieprzychylne stanowisko większości Wydziałów Lekarskich nie uległo dotychczas żadnej zmianie. Praca nad wewnętrzną reorganizacją Akademji i jej studjów, chociaż nie jest jeszcze w całości ukończona, postępuje jednak naprzód, pomimo wrogich wystąpień czynników ubocznych. Władze Akademji, jako jedynej w Polsce uczelni stomatologicznej, poczuwają się do pełnego obowiązku stania na straży polskiej nauki stomatologicznej i nie ulegną łatwowiernie namowom rzucania jej na pastwę losu. Rozstrząsanie sprawy studjum stomatologicznego, jako specjalizacji po pełnych studjach lekarskich, uważają za przedwczesne, i aktualne dopiero z chwilą wejścia w życie przymusu specjalizacyjnego. Obecne warunki, nie dające

żadnych widoków na pomyślne przeprowadzenie systemu studjum specjalizacyjnego, mogą łatwo zniweczyć dotychczasowy dorobek polskiej stomatologji.

O słuszności takiego a nie innego poglądu na sprawę nauczania utwierdza Akademję statystyczny wykaz specjalizujących się po medycynie, podany przez prof. Cieszyńskiego w sprawozdaniu z 20 letniej pracy Katedry Stomatologji przy Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie „z Zakładu wyszło około 100 kandydatów, przyczem 63 z poświadczeniem ukończonej specjalizacji". W innem znów miejscu tegoż sprawozdania chrakterystyczne jest ujęcie stosunku Wydziału Lekarskiego do potrzeb Kliniki Stomatologicznej: „Pomimo, że w ciągu 20 lat praca wzrosła pięciokrotnie, liczba personelu etatowego nie powiększyła się, również nie powiększyło się miejsce przeznaczone do pracy. Pomimo wieloletnich starań o nowy gmach cztero do pięciokrotnie większy od obecnego, — mimo przychylnego stanowiska Ministerstwa W. R. i O. P. i poparcia Ministerstwa Skarbu w latach 1919—1921, nie udało się wskutek lokalnych trudności zrealizować planu budowy nowego gmachu, mimo wielkiej energji zużytej w tym kierunku oraz kilkunastu memorjałów".

Analogiczne zresztą stosunki możemy zauważyć i w ościennych państwach. W Czechosłowacji sfery rządowe, wprowadzając przymus specjalizacyjny w stomatologji po medycynie, nie znalazły możliwości powierzenia specjalizacji Katedrom Stomatologicznym przy uniwersyteckich Wydziałach Lekarskich i utworzyły w Pradze jedną na całe Państwo osobną uczelnię specjalizacyjną "Statni Ustav Pro Zubni Lekarstvi" (Państwowy Instytut Dentystyczny). Specjaliści po ukończeniu zwą się: „Zubni Lekar" (dentysta). Podobnie w Austrji rozbudowano we Wiedniu „Das Zahnärztliche Institut der Wiener Uniwersität", dając jemu jedynie prawo specjalizacyjne. Specjaliści zwą się: „Zahnarzt". W Cechosłowacji i Austrji nie ma zwyczaju używania przez lekarzy specjalistów nazwy stomatolog, a specjaliści nazywają się odpowiednio do miana uczelni specjalizacyjnej.

Nie jest wykluczonem, że czynniki miarodajne postąpią analogicznie w Polsce i w razie wprowadzenia przymusu specjalizacyjnego powierzą opiekę nad specjalizacją Akademji Stomatologicznej, jako posiadającej ku temu najbardziej odpowiednie warunki. Przekształcenie Akademji w tym przypadku drogą włączenia do Wydziału Lekarskiego stałoby się w pełni aktualne. Należy zatem uprzednio przygotować podłoże do ustawy specjalizacyjnej, a w następstwie dopiero dyskutować o formach przeistoczenia uczelni.

Akademja Stomatologiczna chętnie pisze się do każdej współpracy i bierze czynny udział nietylko w sprawach nauczania, ale i zawodowych. Przyjmuje ponadto ze stoickim spokojem wszelkie rady, jako to: „Drugie zadanie Akademji Stomatologicznej — to wychowanie przyszłych docentów stomatologji i naukowych pracowników. Pomimo, że P. I. D. istnieje już od 13 lat z czterech Katedr specjalnych tylko są dwie obsadzone przez profesorów stomatologji, a dwie prowizorycznie przez zastępców profesorów. Są to istotnie nienormalne warunki uczelni, gdyż właśnie katedry specjalne powinne być obsadzone przez kandydatów o pełnych kwalifikacjach naukowych. A jak z przygotowaniem kandydatów na przyszłość?". Nawet na przytoczoną uwagę Akademja nie zwróciła się z wzajemną uwagą i zapytaniem do kierowników katedr stomatologicznych uniwersyteckich, piastujących dłużej swe stanowiska od okresu istnienia uczelni. Akademja nie może jednak przemilczeć obecnych ataków, ubliżających godności i powadze uczelni, i odpiera je z całą stanowczością.

*Rektorat i Kierownicy Klinik*
*Akademji Stomatologicznej.*



Tłoczono w Zakładach Drukarskich „DRUKARNIA KRAJOWA" w Warszawie, Chłodna 44, tel. 5.88-70.

*Za zezwoleniem autora.*
(Drukowane jako rękopis.)

# Odpowiedź prof. Cieszyńskiego na artykuł Akademji Stomatologicznej pod tytułem „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych“.

Artykuł pod powyższym tytułem stanowi odpowiedź Rektoratu i Kierowników klinik Akademji Stomatologicznej w Warszawie na memorjały wniesione do Ministerstwa W. R. i O. P. z początkiem marca br. przez Wydziały Lekarskie Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie z powodu nadania tytułu lekarza stomatologa absolwentom b. Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie bez rozszerzenia dotychczasowych studjów.

Odpowiedź Akademji ukazała się dopiero w końcu października 1935 i została przesłana Ministerstwu W. R. i O. P., Uniwersytetom i Redakcjom pism zawodowych oraz organizacjom zawodowym w formie drukowanej broszury.

Ponieważ artykuł ten nie zawiera wystarczającej odpowiedzi na zasadnicze ujęcie sprawy wykształcenia podstawowego z nauk przyrodniczo-lekarskich oraz na argumenty Wydziału Lekarskiego U. J. K., pozwalam sobie ważniejsze ustępy memorjału Wydziału Lekarskiego przytoczyć i tem samem wytłumaczyć genezę tegoż memorjału.

W sprawie wydania dyplomu „lekarza stomatologa“ przez Akademję Stomatologiczną w Warszawie. Opinja Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
L. Wydź. lek. 938 34/35.

Lwów, d. 5. lutego 1935.

Do
Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
Dep. IV.
w Warszawie

Ze sprawozdania Rektora Akademji Stomatologicznej prof. dr. Romana Nitscha, wygłoszonego na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom Akademji Stomatologicznej w Warszawie dnia 16/XII. 1934 (zob. Dent. Wiad. Związkowe 1934/4 str. 95 i Pol. Stom. 1935, str. 27), dowiaduje się Wydział Lekarski U. J. K., że 73 absolwentów tejże uczelni po 4-letnich studjach w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, przemianowanym dnia 1. września 1933 na Akademję Stomatologiczną, otrzymało po odbyciu dodatkowego 3-miesięcznego kursu wakacyjnego tytuł

lekarza stomatologa — zamiast dotychczasowego lekarza-dentysty.

Z wzoru nowego dyplomu (wydrukowanego w Dentystycznych Wiadomościach Związkowych, str. 105) otrzymujemy bliższe szczegóły, odnoszące się do zaświadczenia wydanego przez Akademję Stomatologiczną, mianowicie:

*DYPLOM*

*My Rektor Akademji Stomatologicznej w Warszawie i Sekretarz Ogólnego Zebrania Profesorów tejże Akademji zaświadczamy co następuje:*

*Pan .................................... rodem z .............................. obywatel polski po odbyciu ustawą przepisanych studjów w Akademji Stomatologicznej w Warszawie w latach 1930—1934 i pomyślnem złożeniu przepisanych egzaminów otrzymuje stopień*

*LEKARZA STOMATOLOGA*

*stanowiący dowód ukończenia akademickich studjów lekarsko-stomatologicznych i uprawniający do ubiegania się o stopień doktora nadto do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej, w granicach ustaw, obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.*

*W dowód tego wydajemy mu mocą postanowienia Ogólnego Zebrania Profesorów z dnia 27. czerwca 1934 roku niniejszy dyplom, opatrzony podpisem i pieczęcią Akademji.*

*Warszawa, dnia 16 grudnia 1934 r.*

Rektor
(—) Prof. Dr. R. Nitsch

Sekretarz
Ogólnego Zebrania Profesorów
(—) M. Zeńczak.

Wydział Lekarski U. J. K. uważa nadanie tytułu lekarza stomatologa po czteroletniem studjum dentystycznem za niedopuszczalne, ponieważ tytuł ten wkracza w dwóch kierunkach w kompetencje Uniwersytetów polskich, przy których są katedry stomatologiczne. Tytuł: **lekarz stomatolog przedstawia danego kandydata jako lekarza i stomatologa i nie może być równoznacznym z dawniejszym tytułem lekarza-dentysty.**

Tytuł bowiem lekarz-dentysta jest dosłownem tłumaczeniem niemieckiego tytułu: Zahnarzt, a rosyjskiego zubnojwracz i jest oficjalnie zaaprobowany polską ustawą o wykonywaniu praktyki dentystycznej dla odróżnienia specjalistów w zębolecznictwie z akademickiem wykształceniem od techników dentystycznych.

Natomiast tytuł lekarz stomatolog (i to bez łącznika) zawiera tytuł lekarza obok tytułu stomatologa. Ktokolwiek więc widzi i czyta ten tytuł odnosi wrażenie, że osoba nosząca ten tytuł musi mieć ukończone pełne studja lekarskie i rok praktyczny tj. przynajmniej $5^1/_4 + ^1/_2$ (egzam.) + 1 rok praktyczny tj. $6^3/_4$ lat studjów lekarskich, a następnie około $1^1/_2$ roku studjów specjalnych (razem $8^1/_4$ lat) — jak wynika z tytułu obok: stomatolog.

.......................................................................

Za granicami Polski we Francji, Italji, Austrji, Węgrzech, Jugosławji, Czechosłowacji, Ameryce itd. oznacza stomatolog również specjalistę z pełnemi studjami lekarskiemi tak samo jak w Niemczech: Spezialarzt albo Facharzt f. Zahn- und Mundkrankheiten. W żadnym z powyższych krajów nie dodaje się już obok „stomatolog“ lekarz, gdyż oznaczenie to jest „implicite“ w pojęciu stomatolog.

*Jeżeli w dyplomie polskim tytuł brzmi: „lekarz stomatolog“, to tem bardziej nie ulega żadnej wątpliwości, że osoba posiadająca ten tytuł bezwarunkowo musi posiadać prócz wykształcenia w specjalności,* pełne wiadomości ogólne lekarskie. *„Lekarz stomatolog nie oznacza więc żadnego ograniczenia wiadomości, lecz przeciwnie, oznacza większy zasób wiadomości.*

Jeżeli kiedykolwiek Akademja Stomatologiczna uzyska prawo udzielania tytułu stomatologa swoim absolwentom na podstawie znacznie rozszerzonego studjum w porównaniu do obecnego, to tytuł „lekarz i stomatolog“ powinien przysługiwać wyłącznie lekarzom, którzy posiadają prócz swego dyplomu lekarskiego jeszcze studja specjalne. Tylko tak a nie inaczej należy interpretować tytuł: lekarz stomatolog.

**Wydział Lekarski stwierdza więc, że prawo do używania tytułu lekarza mogą mieć tylko te osoby, które ukończyły studja lekarskie w Uniwersytetach polskich, następnie:**

**że tytuł stomatologa mogą mieć tylko te osoby, które odbyły dodatkowe studja po ukończeniu studjów lekarskich.**

Tymczasem w danym przypadku absolwenci Państwowego Instytutu dentystycznego wzgl. absolwenci Akademji Stomatologicznej tych wiadomości nie posiadają.

*W konsekwencji Rada Wydziału lek. U. J. K. uważa za niedopuszczalne, ażeby po tych krótkich czteroletnich studjach absolwenci Akademji Stomatologicznej otrzymali tytuł lekarza stomatologa albo stomatologa, a więc ten sam tytuł, który* otrzymują lekarze i specjaliści Uniwersytetu Lwowskiego po 8 *letnich studjach.* Jest to rażąca niesprawiedliwość a zarazem zamach na uprawnienia lekarzy i uprawnienia stomatologów z pełnem uniwersyteckiem wykształceniem lekarskiem i odpowiedniem specjalnem.

Pod *względem formalnym* Wydział Lekarski U. J. K. wysuwa następujące zarzuty:

1. Dyplom, nadający tytuł lekarza stomatologa z dnia 16/XII. 34. wydany jest „na mocy postanowienia Ogólnego Zebrania Profesorów Akademji Stomato-

logicznej z dnia 27. czerwca 1934" — jak wynika z formularza dyplomu — a nie na podstawie Rozporządzenia Ministerjalnego. Na podstawie Ustawy o Szkołach Akademickich art. 41. ustęp 2. Rady Wydziałowe mają prawo nadawania stopni zawodowych, przyczem niższy stopień naukowy może być równocześnie stopniem zawodowym. Ustęp 3. tegoż artykułu wyraźnie mówi jednak, że Rozporządzenia Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wydane po wysłuchaniu opinji Rad Wydziałowych ustalają szczegółowe przepisy, normujące program i porządek studjów oraz przepisy o uzyskaniu stopni naukowych i zawodowych.

Z tego wynika, że

*a)* tytuł „lekarz stomatolog" powinien być aprobowany i ustalony przez Ministerstwo W. R. i O. P. po wysłuchaniu opinji Rad Profesorskich Wydziałów Lekarskich.

b) powinien być wydany tylko na mocy osobnych studjów, gdyż studja dentystyczne nie są równoznaczne ze studjami stomatologicznemi.

Jeżeli miałoby przyjść w przyszłości do ustalenia programu studjów stomatologicznych, to powinne być również zapytywane Wydziały Lekarskie i przedstawiciele katedr stomatologicznych, ponieważ studjum stomatologiczne wchodzi w zakres kompetencji tychże katedr.

2. Wydział Lekarski zaznacza wyraźnie, że sama zmiana nazwy Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną nie oznacza jeszcze przemiany charakteru instytucji pod względem programu naukowego.

3. Tytuł lekarz-dentysta w myśl ustawy dentystycznej obowiązuje dotychczas w całej Polsce i może być tylko zmieniony osobną ustawą albo Rozporządzeniem Pana Prezydenta Rz. P.

4. Wydział Lekarski jest zdania, że powinno przyjść nareszcie do unifikacji studjów stomatologicznych w Polsce.

* * *

Powyższe pismo Wydziału Lekarskiego Lwowskiego przesłane zostało nietylko Ministerstwu W. R. i O. P. ale także w odpisie do

wiadomości wszystkim Wydziałom Lekarskim Uniwersytetów Polskich, ponieważ już jest taki zwyczaj we wyższych uczelniach, że sprawy dotyczące wszystkich wydziałów lekarskich nie bywają traktowane tylko przez jeden wydział, ale w miarę rozwoju sprawy są podawane wzajemnie do wiadomości.

Wymaga tego nietylko prosta kurtuazja ale i lojalność i solidarność, której niestety nie spotkaliśmy dotychczas ze strony władz P. I. D. w stosunku do katedr stomatologicznych uniwersyteckich, jeżeli chodziło o ważniejsze zarządzenia wewnętrzne, sprawy uregulowania w przyszłości studjów dentystycznych uczelni w Warszawie. Tem też się tłumaczy, że nawet przemianowaniem P. I. D. w Warszawie na „Akademję Stomatologiczną“ zostaliśmy zupełni zaskoczeni, gdyż walczyliśmy wprawdzie wszelkiemi dostępnemi nam środkami o nadanie praw szkół akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie i walczyliśmy o reformę studjów w kierunku stomatologicznym słowem, pismem i osobistemi interwencjami, natomiast nie było nam absolutnie wiadomem, że Rada Profesorów P. I. D. zmierza wyłącznie do uzyskania praw tejże uczelni dlatego, że pragnie przemiany dotychczasowej uczelni na „akademję“ i to nie „akademję dentystyczną“ tylko „akademję stomatologiczną“ przy zachowaniu dotychczasowego ustroju oraz dotychczasowych 4-letnich studjów, określonych tymczasowym statutem z r. 1922.

Gdyby bowiem była szczera intencja reformy studjów, to natychmiast po uchwale sejmowej z dnia 15/III. 1933. jeszcze przed przemianowaniem na Akademję Stomatologiczną Władze tej uczelni uważałyby za najpilniejszą sprawę przedłożenie Ministerstwu W. R. i O. P. projektu programu studjów, odpowiadającego swoją treścią nazwie „Akademji Stomatologicznej“.

Sam Rektor Akad. Stom. przyznaje w sprawozdaniu swojem za r. 1933/34, *że zmiana uczelni* nieakademickiej na Akademję Stomatologiczną „wywołała potrzebę zreformowania do pewnego stopnia samych studjów oraz związanych z niemi przepisów i rozporządzeń regulujących wogóle szkolnictwo akademickie“. Na czem polegało to zreformowanie studjów dotychczas, dowiadujemy się ku naszemu zdziwieniu, na przedłużeniu

okresu studjów o 3-miesięczny czas wakacyj letnich i przeniesieniu końcowych egzaminów państwowych z czerwca na miesiąc październik, oraz na zmianie regulaminów egzaminacyjnych. Czy można to na serjo nazwać reformą studjów, któreby upoważniały aż do nadania nowego tytułu lekarza stomatologa zamiast lekarza dentysty?

Nie można tutaj szukać najróżniejszych sztucznych argumentów, jakie spotykamy w artykule Akademji,

*że „władze Akademji poczuwają się do pełnego obowiązku stania na straży polskiej nauki stomatologicznej“,*

*ze „Ak. Stom. chętnie pisze się do każdej współpracy i bierze czynny udział nietylko w kwestjach nauczania ale i w sprawach zawodowych“,*

*że „rozstrząsanie studjum stomatologicznego jako specjalizacji po pełnych studjach lekarskich uważają za przedwczesne i aktualne dopiero z chwilą wejścia w życie przymusu specjalizacyjnego“,*

*że „odpowiedzialność za kierunek i program pracy studjów Akademji Stomatologicznej spada na władze tej uczelni, na Rektorat, Prorektorat i Ogólne zebranie profesorów“ ...*

Nawet jeżeli z biegiem lat w miarę postępującej likwidacji niedostatecznie do studjów przygotowanych osób i przypływu lepszego materjału studentów poziom nauczania się podniósł, nie mniej zakres danego przedmiotu wobec krótkiego czasu trwania studjów musiał być znacznie zcieśniony i dany przedmiot podawany w formie kompendjalnej. O ile tylko tyle wiadomości z medycyny wewnętrznej, co jest podane w oficjalnym programie Państwowego Instytutu Dentystycznego z r. 1929, otrzymują studenci dentystyki, to należy uważać je stanowczo za niewystarczające [1]).

Akademja Stomatologiczna przytacza w obronie dotychczasowego sposobu nauczania następujące argumenty: Wykładowcami są

---

[1]) W spisie wykładów za rok 1929, w którym podano ogromnie szczegółowo tematy wykładów, znajdujemy przy chorobach wewnętrznych na str. 39. odnośnie do chorób serca, płuc, nerek i wątroby tylko: „Ogólne pojęcie o wadach sercowych, ich objawach i leczeniu, pojęcie o gruźlicy narządów, ich objawach i leczeniu, pojęcie o chorobach nerek, ich leczeniu...“ To może jednak za mało. Na wykłady z medycyny wewnętrznej przeznaczono w r. III. studjów ogółem 70 godzin (zob. str. 45) t. j. po $2^1/_3$ godz. tyg. podczas jednego roku. Dla porównania zaś podaję: na teorję dentystyki zach. 120+70+90 = 280 godzin t. j. po 4 wzgl. po 3 godz. tyg. przez t r z y lata, na ćwiczenia i klinikę dentystyki zachowawczej $\frac{750+720+720}{5 \text{ grup}}$ t. j. blisko 5 godz. tyg. przez 3 lata. Wobec czego zarzut Związku Lekarzy w P. P. „że lekarze z Akademji Stomatologicznej nie są dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogą z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu“ jest uzasadniony.

profesorowie Wydziału Lekarskiego; „osobiste walory pp. Profesorów oraz poruczanie ich swobodnemu uznaniu jako specjalistom, zakresu przedmiotów przez nich wykładanych daje i dać powinno najlepszą gwarancję dostosowania podanych przez nich wiadomości do potrzeb studjów specjalnych". Nikt nie wątpi o wielkich walorach wykładających. Natomiast można być sprzecznego zdania co do tego, czy profesorowie zaproszeni do wykładania pewnych przedmiotów nie powinni zakres przedmiotu ustalić ze specjalistami w stomatologji, którzy lepiej wiedzą jakich właśnie wiadomości zawód ich potrzebuje. Z tego co czytamy w programie o chorobach wewnętrznych wynika, że studenci Akademji Stomatologicznej trudno tylko orjentować się będą co do powikłań, które mogą powstać podczas, albo po uśpieniu ogólnem i że nie zrozumieją tła ogólnego przy powstawaniu oral sepsis lub parodontozie; a przecież to są sprawy, z któremi lekarz-dentysta spotyka się codziennie.

W obronie programu studjów dotychczasowych, czteroletnich, powołują się autorowie artykułów na opinję Związku Docentów z końca listopada 1935, czyli na opinję własną, bo prócz mnie jako przewodniczącego, byli tylko obecni docenci warszawscy. Wtedy to, w przeddzień uroczystego otwarcia Akademji Stomatologicznej nastąpił zwrot w dotychczasowych zasadniczych poglądach. Wobec tego czytamy w artykule Akademji:

*że projekt prof. Cieszyńskiego, ogłoszony w r. 1933, a opracowany na jednomyślnie przyjętych zasadach wszystkich docentów stomatologji jest w obecnej chwili niekonsekwentny nieaktualny i nierealnem wyolbrzymieniem studjów stomatologicznych, czyniących je najuciążliwszemi i najdłużej trwającemi ze wszystkich studjów zawodowych, bo przecież tak wypowiedział się Związek Docentów na posiedzeniach z 24 i 25 listopada 1935 r. z wyjątkiem projektodawcy".*

Gdzież jest konsekwencja, jeżeli ci sami ludzie: panowie Wilga, Meissner, Zeńczak, Cybulski, którzy zgodzili się na ogólne zasady po kilkudziesięciugodzinnych dyskusjach na szeregu posiedzeń Związku Docentów Stomatologów, to wkońcu 25. listopada 1933 r., już po przemianowaniu P. I. D. na Akademię Stomatologiczną drogą ustawy decydują się skapitulować i cofnąć się wstecz o kilkadziesiąt lat, w swoich zapatrywaniach i poglądach przekreślając wszystkie zasady, dobytek nauki stomatologicznej, przeświadczenie wewnętrzne, że to, co jest dzisiaj i co było w Polsce w P. I. D. jest niewystarczające i tyl-

ko parodją tego, co było projektowane w r. 1919, a co zostało zrealizowane w obciętej i skróconej formie przez dążenia minimalistów i konieczność obniżenia poziomu studjów do poziomu umysłowego remanentu studentów ze szkół rosyjskich, który to miał być zlikwidowany przez P. I. D. do r. 1923 a najdalej do 1924.

Jak zapatrywał się prof. Meissner, który ten artykuł podpisał, na wykształcenie lekarza-dentysty i przyszłość dentystyki w dniu 7/XII. 1930[1]). Widzimy z jego przemówienia:

„Rozwój dentystyki w Europie już powojennej postępuje zdecydowanie w kierunku wskazanym w ostatnich latach przedwojennych, w kierunku, w którym kroczyła Ameryka Półn., w kierunku, którego istotną cechą było budowanie wiedzy specjalnej na podstawach ogólno medycznych oraz zachowanie najściślejszego kontaktu z medycyną".

„Niestety wojna światowa przeszkodziła w podjęciu zapoczątkowanego programu i dalszemu posuwaniu się nowo obraną drogą".

Str. 7: „Rozpoznawanie schorzeń zębów, jamy ustnej i leczenie tychże, kształtujące się coraz bardziej chirurgicznie, wymaga przygotowania tak przyrodniczego oraz teoretyczno-medycznego, jak i klinicznego.

Braki w tych wiadomościach narażaja lekarza-dentystę w codziennej jego pracy na stałą obawę przed komplikacjami, wobec których mógłby się znaleść w trudnem i kłopotliwem położeniu tak w stosunku do chorego, jak i przywołanego do pomocy lekarza".

„Tem wyższy człowiek im wyższe cele"....

Należy więc przypuszczać, że fakt nadania pewnych praw szkół akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu, a przedewszystkiem zmiana formy zewnętrznej, tj. zmiana nazwy uczelni na Akademję Stomatologiczną, spowodowała nagły zwrot w zapatrywaniach przedstawicieli katedr stomatologicznych warszawskich. Zamiast iść naprzód w kierunku realizacji zasad cofnięto się wstecz do zapatrywań z początku bieżącego wieku, którym główny przedstawiciel ideologji minimalnych studjów w uczelni warszawskiej pozostał przez cały czas wierny. Zatrzymał się on w r. 1905 w ocenie potrzeb i zakresu studjów, doskonale mając w pamięci starą dentystykę rosyjską, która notabene od r. 1923 została zmieniona na studjum stomatologiczne, i z niezwykłą energją bronił i broni swego stanowiska z przed lat trzydziestu.

---

[1]) Sprawozdanie z uroczystości 10-lecia P. I. D. — 1931 „Znaczenie dentystyki w medycynie" str. 3.

O zmianie zapatrywań tymczasowych przedstawicieli katedr, których stanowiska są niestałe, mówić nie będę, gdyż z natury rzeczy nie mogą swobodnie dysponować swoim głosem na ogólnem zebraniu profesorów.

Jeżeli więc nie przystąpiono do zasadniczej zmiany dotychczasowego programu studjów, a przedewszystkiem nie zażądano innych wyższych kwalifikacyj od wstępujących na studja, to prawdopodobnie musiały na to wpłynąć inne względy, bliżej nam nieznane. Gdy w takiej sytuacji odmówiono rozpatrywania przygotowanych projektów reformy studjów, nie pozostawało mi nic innego, jak tylko złożyć przewodnictwo Związku Docentów.

*Odnośnie do obecnych studjów* zasługują na szczególną uwagę słowa rektora Nitscha wypowiedziane 16/II. 1934 r.[1]).

„Studja w Ak. Stom. uważam za bardzo ciężkie dlatego, że na I. i II. kursie studenci muszą przejść materjał nauczany na medycynie w ciągu więcej niż 3 lat i muszą złożyć odpowiednią liczbę egzaminów, Np. na medycynie zdaje się po 1 kursie tylko 2 egzaminy, zaś w Ak. Stom. 4. Na medycynie zdaje się po II. kursie 5 egzaminów a w Ak. Stom. 6. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że chodzi nie tylko o zdanie tych 10 egzaminów, ale przedewszystkiem o oswojenie się w ciągu 2 lat z przedmiotami zupełnie obcemi jak anatomja opisowa, histologja, fizjologja, anatomja patologiczna i patologja, bakterjologja, farmakologja, protetyka dentystyczna i dentystyka zachowawcza — nie mówiąc o fizyce i chemji, z któremi studenci zapoznali się już w szkołach średnich — to każdy przyzna, że wymagania stawiane przez Ak. Stom. w pierwszych 2 latach są ogromne. Dla porównania przypomnę, że od medyków wymaga się zapoznania z temi przedmiotami w ciągu lat trzech i to jeszcze nie uczy się ich protetyki dentystycznej i dentystyki zachowawczej. Nie przeczę, że wymagania stawiane uczniom Ak. Stom. w zakresie przedmiotów, nauczanych także na medycynie są mniejsze, niż wymagania stawiane medykom: inaczej bowiem niktby nie podołał tym wymaganiom“.

Czy z tych spostrzeżeń nie wynika jasno, że przedewszystkiem pierwszy okres studjów przedklinicznych powinien być znacznie

---

[1]) Sprawozdanie za rok 1933/34, str. 10.

rozszerzony przynajmniej do trwania studjów lekarskich, ażeby materjał podstawowy w należyty sposób móc studentom Akademji Stomatologicznej wyłożyć. Przytem należy liczyć się z tem, że musi pozostać jeszcze wiele czasu na ćwiczenia z protetyki, o ile chciałoby się pozostać przy odrębnem studjum stomatologicznem.

Czy nie prostszą rzeczą jest zatrzymanie tych samych studjów przedklinicznych, jakie mają studenci medycyny, i danie tylko możności przyszłym specjalistom odbycia w tymże czasie wstępnych studjów z protetyki. I ta propozycja znajduje się wśród moich projektów i jest identyczną z tem, co już w r. 1924 proponowali prof. Nitsch i dr. Meissner. Ale i o tym projekcie kompromisowym zapomniało Ogólne Zebranie Profesorów Akademji.

Jeżeli więc nie było zamiaru załatwienia sprawy nawet kompromisowo, to należy stwierdzić pokrótce, że w chwili przemianowania P. I. D. na Akademję Stomatologiczną brakło zrozumienia, ażeby przystąpić do definitywnego zrealizowania reformy studjów przez władze P. I. D. Czy zaś należałoby w chwili obecnej wprowadzić maksymalny program, t.j. pełne studja lekarskie i dwa lata specjalizacji, czy też ograniczyć się, ale jedynie z konieczności, do 4 lat studjów lekarskich i 2 lat studjów specjalnych, o tem właśnie miała ostatecznie zadecydować Rada Profesorów Akademji Stomatologicznej, oddając tę sprawę do definitywnego rozstrzygnięcia kompetentnym co do tego specjalistom. To jednak nie nastąpiło i daremnie czekaliśmy aż do chwili obecnej, ażeby znowu te same ogólniki — niczem nieuzasadnione — wyczytać w artykule podpisanym przez Rektorat i Kierowników Akademji Stomatologicznej.

---

*Możność kształcenia specjalistów w stomatologji* nie zależy tylko od programu studjów ale i przedewszystkiem także od warunków, w których to studjum się odbywa. Na warunki nauczania składa się odpowiedni gmach i urządzenie, a następnie dostateczny materjał chorych do nauczania.

Pomimo wielkich starań nie uzyskał Państwowy Instytut Dentystyczny w ciągu 15-tu lat własnego gmachu odpowiednio urządzonego, a więc tego, co Państwo minimalnie powinno dostarczyć, co było też powodem, dlaczego sam odmówiłem dwukrotnie przybycia do Warszawy na proponowaną mi katedrę. Kierownicy katedr spe-

cjalnych zmuszeni byli postarać się o lepsze warunki przez powiększenie dochodów z taks ambulatoryjnych. I postarali się o to w r. 1933, że wynajęto rozległe pomieszczenie, płacąc za to olbrzymie sumy, jeśli się nie mylę około 65 tysięcy złotych rocznie, i to z taks ambulatoryjnych. Również z tego źródła opłaca się około 80 osób personalu pomocniczego[1]), czego się również nie praktykuje w żadnym z zakładów uniwersyteckich. Wynika stąd, że i Ministerstwo W. R. i O. P. nie stosuje niestety do Akademji Stomatologicznej tych samych norm, które stosuje się do innych uczelni akademickich i nie daje jej tych samych warunków pracy.

W ten sposób instytucja, mająca służyć nauczaniu, stała się instytucją zarobkującą, zmuszona dostarczyć 330 tys. rocznie na utrzymanie uczelni. W ten sposób ok. 60$^0/_0$ pacjentów, którzy powinni być leczeni w praktykach prywatnych, zostaje użytych do nauczania, a Akademja Stomatologiczna, zarabiając z tego źródła ok. 180 tys. zł. weszła w konflikt z lekarzami dentystami na terenie Warszawy, zajmującymi się prywatną praktyką, którzy utracili mniej więcej trzykrotnie wyższą sumę w swoich dochodach, tj. ok. 540 tys. zł.

Podwyższenie zaś taks ograniczyło przystęp chorych, którzy mogliby korzystać z ambulatorjów Akademji. Przedewszytkiem ograniczeniu wielkiemu musiał ulec materjał z dziedziny chirurgji stomatologicznej, przyczem nasunęły się trudności w nagromadzeniu go na pewne godziny dla ćwiczeń. Stąd też lekarze-dentyści wychowani w P. I. D., musieli się w tym dziale dokształcać po ukończeniu studjów. Czytamy w sprawozdaniu p. Rektora Nitscha:

„Materjał ten pacjentów przedstawia się dlatego gorzej, niżby to się zdawało na pierwszy rzut oka, że w klinikach muszą się też dokształcać wolontarjusze, t.j. dyplomowani lekarze-dentyści lub lekarze. Takich wolontarjuszy było w roku sprawozdawczym 130. Oczywiście, że oni odbierają materjał studentom; temu jednak na razie trudno zaradzić, bo ci wolontarjusze muszą się też gdzieś uczyć“[2]).

W takich warunkach brakło również materjału klinicznego do ćwiczeń dla kursów obowiązkowych

---

[1]) Zob. Sprawozdanie za rok 1934.

[2]) W projektach prof. Cieszyńskiego jest także sposób podany na czas przejściowy: „rok praktyczny“ dla lekarzy dentystów Akademji Stomatologicznej w innych klinikach uniwersyteckich.

d l a  s t u d e n t ó w  m e d y c y n y. Profesor bowiem chirurgji stomatologicznej uczy na tym samym materjale studentów medycyny. Każde z tych zadań jest tak wielkie i wymaga osobnego materjału chorych, że nie można w jednej osobie i w tej samej uczelni tych dwóch zadań połączyć.

---

*Jeżeli za program studjów odpowiedzialne są władze Akademji Stomatologicznej, dlaczego właśnie ja w tych sprawach głos zabieram?*

Kto zna historję powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego i kto wie jak wielki udział w pracach tych wziąłem i ile czasu i energji na to poświęciłem, zanim jeszcze rozpoczęli swą pracę przedstawiciele katedr specjalnych, którzy wszyscy z wyjątkiem jednego z mojej inicjatywy zostali powołani, ten dziwić się nie będzie, że interesuję się ogromnie rozwojem tejże instytucji i poczuwam się niejako do odpowiedzialności za kierunek pracy obecnie i w przyszłości, jakkolwiek formalnie odpowiedzialność za pracę obecną spada wyłącznie na Władze Akademji Stomatologicznej. Jeżeli złożyłem godność przewodniczącego Związku Docentów w r. 1933, to uczyniłem to dlatego, że nie widziałem możności realizacji reformy studjów, skoro docenci warszawscy uważali nawet rozpatrywanie projektu reformy studjów za nieaktualne i bezcelowe. Ażeby im pozostawić swobodę działania wystąpiłem ze Związku Docentów, bo mogłyby istnieć pozory, że obecność moja hamuje ich w realizowaniu ich własnych projektów. Twierdzenie zaś, które spotykamy w artykule Akademji, że „w istocie chodziło mi o uzyskanie niehamowanej niczem swobody krytykowania obecnych stosunków", niema żadnych realnych podstaw. Wiadomem jest bowiem dobrze wszystkim profesorom wykładającym w Akademji Stomatologicznej, że nie krytykowałem nigdy dla krytyki samej, tylko żeby braki będące naprawić i nie ograniczałem się tylko do negowania a l e  d a w a ł e m  z a w s z e  p o z y t y w n e  p r o j e k t y,  a  w i ę c  n i e  c h c i a ł e m  b u r z y ć  l e c z  c h c i a ł e m  t w o r z y ć. Trudno też przypuścić, żeby ten, który od r. 1916—1922 pracował nad tem, ażeby Państwowy Instytut Dentystyczny powstał i go organizował i walczył o prawa akademickie tej uczelni, ażeby ten sam chciał podkopać jej istnienie.

---

A teraz przejdę do najważniejszego punktu, który spowodował wysłanie memorjału Wydziału Lekarskiego Lwowskiego i Kra-

kowskiego do Ministerstwa, w sprawie nadania absolwentom 4-letnich studjów dentystycznych *tytułu lekarza stomatologa.*

„Po przemianowaniu P. I. D. na Akad. Stom., miejscowe władze uczelni uznały za wskazane zmienić również brzmienie tytułu nadawanego swym wychowankom. Zastanawiając się nad istotą zakresu pracy zawodowej doszło się do wniosku, że nazwa lekarza dentysty ujmuje raczej pojęcie leczenia samych tylko zębów, a nie całości jamy ustnej. Ponieważ wychowankom Akademji dana jest możność leczenia wszystkich chorób jamy ustnej, **uznano, że nazwa lekarz stomatolog odpowiada lepiej stanowi faktycznemu**".

Autorzy artykułu dają przecież na wstępie poprawną definicję różnicy między lekarzem-dentystą a stomatologiem pisząc:

*„Zawód lekarsko-dentystyczny łączy w sobie specjalistów w zakresie leczenia chorób jamy ustnej, którzy odbyli studja ogólno lekarskie i nazywają się stomatologami oraz lekarzy-dentystów, deklarujących się odrazu do specjalnych studjów zawodowych przy* ***wstępowaniu na wyższą uczelnię".***

Jednakowoż nie przeszkadza autorom tegoż artykułu bynajmniej już w drugim ustępie gmatwać pojęcie stomatologa i lekarza-dentysty i opierać na błędnem rozumowaniu, z pominięciem już istniejącego porządku rzeczy, ustalonego przez zwyczaj, studja lekarskie i normy specjalizacji. Sam fakt przemianowania Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną wystarcza władzom Akad. Stom. ażeby *„uznały za wskazane zmienić również brzmienie tytułu „lekarza-dentysty" na „lekarza stomatologa"* bez zmiany studjów, i bez żądania jako podstawy studjów lekarskich.

Popełnienie tegoż błędu jest tem dziwniejsze, że przecież kierownicy katedr specjalnych, którzy podpisali artykuł razem z rektorem, są przedewszytkiem odpowiedzialni za treść tego artykułu i jego argumentacje.

Co innego, gdyby pojęcie stomatologa nie było usankcjonowane zwyczajem, gdyby nie każdy lekarz doskonale wiedział, jaka jest różnica między stomatologiem a lekarzem dentystą. Jeżeli już ustawa dentystyczna z r. 1927 wprowadziła jeden tytuł dla wszystkich: lekarz-dentysta, nie przewidziała różnicy tytułów na podstawie studjów i pozbawiła specjalistów o pełnych studjach lekarskich jedynego odróżnienia, wskazującego na różnicę wykształcenia, tego jedynego klejnotu, uzyskanego drogą wielkiego wysiłku i studjów, to tem bardziej powinni członkowie Rady Profesorów posiadać to subtelne wyczucie, że nie wolno szafować tytułem, który posiada

istotnie głębsze znaczenie. Z tego, że kompetencje zawodowe lekarza-dentysty, stomatologa a nawet do $^{4}/_{5}$ uprawnionego technika dentystycznego dzięki ustawie o wykonywaniu praktyki dentystycznej, opartej na kompromisach sejmowych, są równe, nie można wyciągnąć wniosku, że może naraz dnia 27 czerwca 1934. r. Ogólne Zebranie Profesorów nadać tytuł lekarza stomatologa absolwentom uczelni po 4-letnich studjach dentystycznych, na podstawie których wydawano dotychczas tylko tytuł lekarza-dentysty.

Przecież to jest oczywisty zamach na prawa lekarzy stomatologów, uzasadniony pozornie, wyłącznie sposobem rozumowania. A Rada Profesorów Akademji Stomatologicznej, którymi przecież są i profesorowie Uniw., nie zdaje sobie sprawy, że tak doniosła uchwała może tylko wówczas uzyskać moc prawną w praworządnem państwie, jeżeli zostanie ratyfikowana przez Ministerstwo W. R. i O. P. O ile mi wiadomo Ministerstwo W. R. i O. P. nie zatwierdziło tej uchwały, dlatego też nie miała prawa Akademja Stomatologiczna wydawania tegoż tytułu swoim absolwentom, a było ich aż 76, a w tem przynajmniej 76% kobiet.

Przecież z takiej łatwej decyzji wynikają daleko idące konsekwencje, nietylko obowiązujące Akademję Stomatologiczną wobec absolwentów z r. 1934., ale wobec następnego pokolenia, które kształci się na tych samych programach studjów. Nawet mogą się pokusić ci, którzy odbyli te same studja w P. I. D., a otrzymali tylko tytuł lekarz-dentysta, ażeby ten sam tytuł lekarz stomatolog *ex post* został im również nadany, bo przecież cóż zrobili więcej ci absolwenci z r. 1934, aniżeli ich poprzednicy. Jak mówi sam Rektor uczelni: odbyli dodatkowy 3-miesięczny kurs wakacyjny i jeśli się nie mylę tylko pod okiem asystentów a nie profesorów i to tylko praktycznie. Jak mogą te trzy miesiące pracy klinicznej skompensować naraz 4 lata studjów uniwersyteckich i systematycznej specjalizacji? Przecież tego rodzaju reforma studjów, zrealizowana w praktyce przez A. St., nie może być brana poważnie. Nie wątpię, że absolwenci dawniejszych studjów dentystycznych dodaliby cały rok studjów z całą przyjemnością, gdyby mogli osiągnąć ten nowy tytuł: lekarz stomatolog i poddaliby się nawet egzaminom dodatkowym.

Dlatego nas nie dziwi wcale, że tak skwapliwie popierają absolwenci P. I. D. wszystkie zamierzenia obecnych władz akademic-

kich[1]), że pośpiesznie wydrukowali w swojem piśmie artykuł wspomniany Akad. St. i to akurat podczas VII. Zjazdu Stom., w którym wzięło udział aż 900 lekarzy-dentystów i stomatologów z całej Polski, nawet nie zapytując się tej osoby, przeciw której jest głównie skierowany cały atak autorów artykułu, czy nie uważałaby za odpowiednie dać na artykuł ten swoją odpowiedź. Przecież także istnieje pewien „savoir vivre“ w pismach codziennych, nie mówiąc już o pismach zawodowych i naukowych.

Ta niedojrzałość moralna występuje również w uchwałach wiecu studentów Akademji Stom.[2]), który się odbył pod przewodnictwem jednego z przedstawicieli katedr specjalnych, gdzie absolwenci P. I. D. występują z nieuzasadnioną krytyką tak poważnej instytucji jak Związek Lekarzy Państwa Polskiego, a nawet i nie wiedzą, że do tego Związku należą także stomatologowie, którzy są doskonale zorjentowani co do potrzeb swej specjalności i poziomu P. I. D. Te butne występy młodego pokolenia wychowanego w murach P. I. D. i Akad. Stom. tworzą również doskonały argument na moje twierdzenie, że niejeden kończący studja w obecnej Akad. Stom. nie dorósł do tego poziomu umysłowego i etycznego, na którym pragnąłbym widzieć wszystkich stomatologów polskich.

Na dowód, że istotnie z etyką młodego pokolenia nie jest najlepiej, przytoczę słowa samego p. Rektora Nitscha, wypowiedziane na pożegnanie absolwentów w r. 1934, a odnoszące się przedewszystkiem do lekarek-dentystek, z którego zastępu wychodzą tzw. firmantki.

Dnia 8/XII 1933. przemawia Pan Rektor Nitsch do absolwentów przy wręczaniu dyplomów: „Obecnie zwracam się specjalnie do panien, które dzisiaj otrzymają dyplomy . . “.

„Zmuszony jestem dotknąć tu i tej najboleśniejszej sprawy, która najwięcej Wam szkodzi, t. j. sprawy osłaniania swoim dyplomem mężczyzn, nie mających żadnego prawa do wykonywania zawodu lekarza dentysty. Czyto jako żony, czy jako wynajęte pracownice pozwalały sobie niektóre jednostki z pomiędzy dawniejszych wychowanek P. I. D. używać swojego dyplomu niesumiennym osobnikom do wprowadzania w błąd chorych i władz. Ciężki ten zarzut odnosi się tylko do kobiet, bo o ile

---

[1]) Liczba wydanych dyplomów przez P. I. D. wynosiła w r. 1930 1147 (Sprawozdanie P. I. D. z r. 1931); w czterech latach następnych doszło około 320, czyli ogólna liczba lekarzy-dentystów z P. I. D. wynosić będzie z początkiem r. 1935 około 1460; w liczbie tej jest przeszło 80% kobiet.

[2]) Dwumiesięcznik Stom. 1935, str. 41.

mi wiadomo — ani jeden taki wypadek nie został stwierdzony wśród lekarzy dentystów mężczyzn, wychowanków P. I. D.".

Doczekaliśmy się obecnie tego, że długoletnia nasza praca prowadząca do zniwelowania różnic między stomatologami i lekarzami-dentystami dawniejszego typu, zlania ich w jeden obóz, pracujący zgodnie we wszystkich organizacjach zawodowych, występujący jednolicie w kraju i zagranicą, została przez niefortunną uchwałę rady profesorów z dn. 27 czerwca 1934 r. nadania dyplomu lekarza-stomatologa absolwentom „Akademji Stomatologicznej" zniszczona, podczas gdy profesorom Akad. Stom. „zdawało się, że ujednostąjnienie nazwy zawodowej powinno wyrównać wszelkie waśnie i zjednoczyć zawód w imię wspólnych celów i dążeń".

Niefortunna ta uchwała zburzyła naszą pracę kilkunastu lat, wytworzyła chaos w mózgach wychowanków P. I. D., zbudziła pragnienia i nadzieje nieusprawiedliwione i nieuzasadnione i ustosunkowała ich wrogo do wszystkich tych kolegów, którzy widzą w nadaniu dyplomu lekarza stomatologa pogwałcenie dotychczasowego porządku rzeczy, a więc nietylko do lekarzy, nietylko do stomatologów ale i lekarzy dentystów dawniejszego typu, bez względu na to, czy kończyli studja swoje w Niemczech czy w Rosji.

Jeżeli nieznajomość stosunków w naszym zawodzie Członków Rady Profesorów Akademji doprowadziła do owej niefortunnej uchwały, która wywołała protest całego stanu lekarskiego i stomatologicznego, należałoby oczekiwać, że Władze Akademji Stomatologicznej zastanowią się nad skutkami wydania dyplomów z tytułem lekarza stomatologa.

**Należy się zatem spodziewać, że Władze Akademickie przystąpią do rewizji uchwały z roku 1934, zażądają zwrotu dyplomów i poczynią w porozumieniu z Ministerstwem W. R. i O. P. odpowiednią poprawkę zgodnie ze statutem Państwowego Instytutu Dentystycznego z roku 1922.**

---

Ten nagłówek: „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologiczny" Rektorat i kierownicy klinik Akad. stomatologicznej nadali odpowiedzi na memorjały Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie i Jagiellońskiego w Krakowie, na pismo Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej, poparte opinją tejże Izby, oraz uchwały Związku Lekarzy Państwa Polskiego, tak jakby wszystkim tym

instytucjom chodziło tylko o pusty tytuł, o uprawnienia niczem nieuzasadnione, podczas gdy istotną treść studjów stomatologicznych dawałaby już obecnie Akademja Stomatologiczna.

Akurat coś przeciwnego wypływa z wywodów moich poprzednich, bo treść studjów w P. I. D. i obecnej Akad. Stom. i czas nauczania zostały te same, ci sami profesorowie wykładają co przedtem, dają studentom dentystyki wykłady medycyny w formie skróconej i tylko do pewnego stopnia obszerniej z zakresu jamy ustnej i zębów, dając naogół mniej, aniżeli otrzymuje w zakresie podstawowym student medycyny w porównaniu do studenta dentystyki. Natomiast Władze dawnego P. I. D. po wejściu w życie nowej ustawy o szkołach akademickich przemalowały tylko dawny napis na Akademję Stomatologiczną i zastanawiały się długo nad organizacją wewnętrzną i opracowaniem statutu, tj. nad formą istnienia tejże uczelni nie zaś nad treścią studjów i kwalifikacjami, które należałoby żądać od kandydatów wstępujących do Akademji Stomatologicznej.

Wymaganie obszerniejszych studjów, wymaganie wyższych kwalifikacyj, tj. pełnych studjów lekarskich, to nie jest tylko pusta forma, ale to jest fundament, na którym ma stanąć korona dzieła, studjum stomatologiczne. A więc ja walczę o treść studjów stomatologicznych a ze mną wszyscy stomatologowie i ci lekarze-dentyści, którzy już w r. 1923. na I. Zjeździe Stom. powzięli jednomyślną uchwałę żądania od przyszłego specjalisty, zajmującego się leczeniem zębów i chorób jamy ustnej, pełnych studjów lekarskich[1]).

Nie można powiedzieć, że sprawa ta „nie jest aktualna obecnie, że jest to wyolbrzymienie studjum stomatologicznego w porównaniu do innych gałęzi medycyny".

**Jeżeli kiedy, to właśnie teraz jest na czasie pomyśleć o tak radykalnej reformie wobec nastroju ogólnego społeczeństwa do Akademji Stomatologicznej, a nietylko kół lekarskich, Wydziałów Lekarskich i Izb Lekarskich.** Czy nie jest wiadomo Władzom Akad. Stom., że mamy nadprodukcję lekarzy dentystów najróżniejszych

---

[1]) Pol. Stom. 1923, str. 453.

typów, że rozrost Ubezpieczalni Społecznej, ograniczenie pomocy dentystycznej szkolnej zredukowało potrzeby Państwa i uczyniło niepotrzebnemi całe zastępy lekarzy dentystów. Że mamy wprost odmienne stosunki aniżeli w r. 1919, kiedy istniał wielki brak lekarzy dentystów, ażeby zadośćuczynić potrzebom ludności, wojska i organizacyj społecznych.

Mamy ponadto wielki rezerwoar lekarzy bezrobotnych, którzy z wysokiemi swojemi kwalifikacjami nie wiedzą co zrobić, a nie mogą rozpoczynać studjów stomatologicznych ze względu na konkurencyjną produkcję *„lekarzy stomatologów“* najnowszego typu przez Akademję Stom. po 4-letnich studjach i nie mogą konkurować zawodowo i materjalnie z minimalnemi wymaganiami 75% kobiet lekarek dentystek i „lekarek stomatologów“ najnowszego typu, które przeważnie nie mają obowiązku utrzymania rodziny ani tych obowiązków jakie mają mężczyźni stomatologowie, którzy nie mogą dostosować swoich poglądów etycznych właśnie do tej obniżonej etyki niektórych reprezentantek najnowszych zawodu dentystycznego [1]).

Brak dostatecznej orjentacji w potrzebach naszego zawodu u władz Akademji doprowadził do stworzenia rozłamu między starem a młodem pokoleniem lekarzy-dentystów.

Z powodu przyjmowania nadmiernej ilości kobiet na studja dentystyczne w stosunku do mężczyzn nastąpiło znaczne obniżenie etyki stanu lekarskiego w naszym zawodzie i stworzenie warunków, które uniemożliwiają mężczyznom rzetelną konkurencję w pracy; skutkiem tego nie mamy możności czerpania z rezerwoaru lekarzy i pozyskania ich dla stomatologji jako specjalistów.

---

*Jak można sobie wytłumaczyć dojście do skutku tej niefortunnej uchwały Ogólnego Zebrania Profesorów z dnia 26. VI 1934 r.?*

---

[1]) Zob. artykuły w Kronice Dentystycznej:

1931. Firmantki techników dentystycznych najnowszego typu, str. 155.

1932. Handlarki wędrowne — firmantki wędrowne, str. 10—16, 93.
Bezwstydna propozycja kandydatki na firmantkę, str. 168.

1933. Jeszcze w sprawie Kasy Chorych w Zagórowie, str. 20.
Wesołe dzieje praktyki dentystycznej, str. 121.
Studentka P. I. D. praktykuje w lecznicy, str. 137.

1934. Niedozwolona reklama, str. 17.
Bezrobocie w zawodzie dentystycznym a „praktyka“ osób nieuprawnionych, str. 136.

Tłumaczę sobie pośpieszną robotą, brakiem czasu przedewszystkiem tych profesorów specjalistów, którzy zmęczeni ciężką pracą dydaktyczną i zawodową, setkami kłopotów życiowych, nieraz rozbiciem wewnętrznem, nie mieli i nie mają dostatecznego czasu na sprawy organizacyjne wyższej uczelni, w której pracują. Przytem należy podkreślić znikome znaczenie głosu specjalistów stomatologów wśród przeważającej liczby głosów profesorów innych specjalności.

W takich to warunkach każdy uboczny wpływ niekiedy pochodzący od osoby wyżej ustosunkowanej, podyktowany interesem własnym lub osoby uczącej się w uczelni albo mającej być do niej przyjętej, wypaczał zasadniczy kierunek P. I. D. Przecież w tych zjawiskach należało szukać przyczyny tak długo trwającej likwidacji remanentu z prywatnych szkół rosyjskich oraz wielkiej ilości studentów tzw. wolnych w pierwszych latach istnienia P. I. D. i przyjmowanie tak wielkiej ilości kobiet w latach późniejszych. O tych sprawach mówię otwarcie, ponieważ nareszcie byłby czas skończyć z wszelkiemi ubocznemi wpływami, które nie mają na celu podniesienia studjów i Akademji Stomatologicznej do tej wyżyny, na której stać powinna.

---

Należy jeszcze poruszyć *sprawę charakteru prowizorycznego P. I. D. i prowizorycznego charakteru studjów dotychczasowych.*

Autorowie przyznają tymczasowy charakter Państwowego Instytutu Dentystycznego, który znajduje swój wyraz w tymczasowym statucie, znowelizowanym w r. 1932. Wspominają również o trudnościach przyłączenia P. I. D. do uniwersytetu i niechętnem odnoszeniu się Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego do tegoż projektu. Nie wnikają jednak w istotę tych trudności, nie podkreślają, że wszyscy przyjęci do uniwersytetu powinni mieć równe kwalifikacje, ukończoną szkołę średnią, co nie było w początkach P. I. D. Nie zauważają, że i poziom umysłowy oraz studjów powinien odpowiadać wymaganiom wyższej uczelni, że hypertrofja zajęć praktycznych nie może zrównoważyć ilością godzin czasu trwania studjów i że pewien zwyczaj utarty na Wydziałach Lekarskich powinien być respektowany. Na żadnym z Wydziałów lekarskich w Polsce niema i nie było 75—96% kobiet jak w P. I. D. Następnie Wydział Lekarski zdawał sobie sprawę, że w P. I. D. przedewszytkiem są ci kandydaci, którzy nie zostali przyjęci na studja wyższe w uniwersytetach, a przedewszystkiem na me-

dycynę, czyli nie dorównali kwalifikacjom, wymaganym od studentów medycyny. Wkońcu niemałą przeszkodę stanowiła możliwość wejścia do Wydziału Lekarskiego 4-ch albo 5-ciu profesorów stomatologji na ogólną liczbę 20 albo 25 członków Wydziału, jakkolwiek i ta sprawa dałaby się w bardzo prosty sposób uregulować. W jednym punkcie mają autorowie rację, że rozwój stomatologji byłby zahamowany w razie przejęcia studjum stomatologicznego przez uniwersytet, mianowicie przez włączenie budżetu Akademji Stomatologicznej w ramy budżetu uniwersyteckiego. Preliminarz budżetowy: dochody i rozchody tej instytucji skonstruowane są na zasadniczo innych podstawach, aniżeli budżet uniwersytecki.

Nie mam nic przeciw temu, ażeby Akademja Stomatologiczna, posiadająca wielki majątek w swojem urządzeniu i swoją tradycją jako lecznica na terenie Warszawy, pozostała jako samoistna uczelnia wyższa i kształciła nadal specjalistów, nie złączona organizacyjnie z uniwersytetem, ale wymagać należy, ażeby nareszcie zabrała się poważnie do zreformowania swoich studjów, podwyższyła wymagane kwalifikacje na studja i żądała jako podstawy pełnych studjów lekarskich, a do tego czasu, żeby ograniczyła się do wydawania dyplomów tylko z tytułem lekarza-dentysty.

W końcu zwraca się Akademja Stomatologiczna do „kierowników katedr uniwersyteckich stomatologicznych piastujących dłużej swe stanowiska od okresu istnienia uczelni warszawskiej" z pytaniem, *dlaczego nie wychowali docentów stomatologji i naukowych pracowników?* Odpowiedzieć tylko mogę za katedrę stomatologji we Lwowie to, co już kilkakrotnie powiedziałem na posiedzeniach „Związku Docentów" i w szeregu memorjałach, wysłanych do Ministerstwa. Katedra Stomatologji we Lwowie ma od dziewięciu lat tylko trzech asystentów podczas, gdy dawniej miała ich czterech (i to na początku czasów polskich). Wiadome jest każdemu obeznanemu z pracą Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej, że przy 5-ciu oddziałach tego zakładu, z których każdy ma odrębną swoją robotę i wielki jej zakres, powinno być przynajmniej pięciu starszych asystentów a ponadto 5-ciu zastępców, o ile praca miałaby się odbywać prawidłowo i na każde stanowisko w razie choroby mógłby być zastępca. W ten sposób byłaby także dostateczna ilość osób, mogących prowadzić ćwiczenia i nietylko załatwić materjał ambulatoryjny i kliniczny, ale i do pracy naukowej. Przecież Akademja

Stomatologiczna w Warszawie ma przy katedrach specjalnych aż 35 asystentów. Pomimo tego dorobek naukowy kliniki Stomatologicznej we Lwowie jest bardzo znaczny i może śmiało konkurować z dorobkiem Akademji Stomatologicznej w Warszawie. Ponadto wydaje się we Lwowie od lat trzynastu najpoważniejsze pismo stomatologiczne w Polsce „Polską Stomatologję“, które jest organem Kliniki stomatologicznej. Wystarczy przejrzeć tych 13 roczników, a otrzyma się odpowiedź wystarczającą na zarzut autorów artykułu.

Warunki uzyskania asystentów dla Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej były i są nader trudne. Kierownik bowiem Kliniki wymaga od asystenta nietylko dyplomu lekarskiego ale pełnej specjalizacji tj. dodatkowego 1½ roku studjów, czego nie wymaga się przy żadnej innej katedrze Wydziału lekarskiego. Kandydat na asystenta katedry stomatologji we Lwowie nie otrzymuje nietylko zaraz po dyplomie stanowiska płatnego, ale musi się sam jeszcze 1½ roku utrzymywać na studjach specjalnych, zaopatrzyć się w narzędzia i książki. Następnie przy wielu innych katedrach Wydziału lekarskiego ma się widoki otrzymania poza poborami asystenta także wolnego mieszkania, a w zakładach klinicznych nawet utrzymania. Tejże oferty nie może zrobić katedra stomatologji kandydatom na asystentów, gdyż poza skromną pensją asystenta może najwyżej ofiarować mu bardzo ciężką pracę od 8—2-giej w poliklinice i przy ćwiczeniach z studentami, a wiadome jest, że sześć godzin pracy przy fotelu operacyjnym wymaga energji i zdrowia. W takich warunkach zaledwie starczy czasu na pracę naukową w godzinach wieczornych. Ale trzeba się jeszcze obejrzeć za posadą dodatkową na 2 lub 3 godziny popołudniu, ażeby wystarczyło na utrzymanie. A więc warunki materjalne stoją przedewszystkiem na przeszkodzie, ażeby uzyskać odpowiednie siły, i dlatego też nie może kierownik katedry stomatologicznej we Lwowie wybierać sobie między studentami medycyny najzdolniejszych na przyszłych pracowników naukowych i docentów. Katedra we Lwowie nie dysponuje żadnem stypendjum, któreby ułatwiło zdolnemu lekarzowi odbycie studjów specjalnych i żaden z asystentów kliniki nie otrzymał jeszcze wystarczającego stypendjum, aby mógł wyjechać na rok lub dłużej zagranicę na studja uzupełniające.

Mimo te trudne warunki przedstawiła Katedra stomatologji w r. 1923 kandydata na zastępcę profesora stomatologji uniwersytetowi wileńskiemu, w r. 1925 wyszedł z Kliniki Stomatologicznej

Lwowskiej zastępca profesora a obecny docent Akademji Stomatologicznej dr. Zeńczak, w r. 1927 wyszedł ze Lwowa kierownik Polikliniki Stomatologicznej w Poznaniu dr. Jarząb, którego prace naukowe spotkały się z uznaniem zagranicą.

Obecnie na opróżnione katedry w Krakowie i Akademji Stomatologicznej w Warszawie kandyduje trzech kandydatów, byłych asystentów Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej i jeden docent, uczeń Wydziału Lekarskiego Lwowskiego, który kształcił się w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie a habilitował się również przy katedrze Stomatologji Lwowskiej.

Ten krótki przegląd wystarczy pewnie jako odpowiedź na zarzut zrobiony mi przez Akademję Stomatologiczną w Warszawie.

Nie wyczerpałem na tem wszystkich zarzutów, które należałoby przytoczyć przeciw artykułowi Akademji i pomijam wszystkie drugorzędne umyślnie, bo nie uznaję podobnych argumentów, w które nawet autorowie sami nie wierzą, a chodzi mi tylko o istotę, o treść przyszłych studjów stomatologicznych i chodzi mi tylko o zapewnienie praw lekarzom i stomatologom, w których obronie wystąpiły Wydziały Lekarskie, Związek Stomatologów Lwowskich, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Izby Lekarskie.

We Lwowie dnia 24 listopada 1935 r.

*Prof. Dr. med. Antoni Cieszyński*
Kierownik Kliniki stomatologicznej
U. J. K. we Lwowie,
b. przewodniczący Związku Docentów Stomatologji,
przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych,
przewodniczący Związku Stomatologów lwowskiej Izby lekarskiej,
naczelny redaktor i wydawca „Polskiej Stomatologji“,
przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego, Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) i członek Komisji nauczania tejże organizacji,
przewodniczący Polskiej Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.).
przewodniczący Związku Słowiańskich Stomatologów.




MARKA ŚWIATOWA

HARVARD
HARVARD

# CEMENT-HARVARD

**osobliwej jakości**




## Materjał do plombowania przednich zębów

pod względem przezroczystości całkowicie odpowiada naturalnemu zębowi; jest więc niedostrzegalny w ustach, gdy barwa jest odpowiednio dobrana.

**Richter & Hoffman „HARVARD“ Dental Gesellschaft, Berlin**

Jeneralne przedstawicielstwo na Polskę i w. m. Gdańsk

**J. SZWARC „DENS“**

Warszawa Czacklego 6. Telefon 5.08-69.